

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

Іванова Т. В.

ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Конспект лекцій

Суми
Сумський державний університет



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Конспект лекцій
для студентів спеціальності
053 «Психологія»
усіх форм навчання

технологій

Затверджено
на засіданні кафедри психології,
політології та соціокультурних

як конспект лекцій
із дисципліни «Медична
психологія та основи сексології».
Протокол № 7 від 14.01.2022.

Суми
Сумський державний університет

Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач
Т. В. Іванова. – Суми : Сумський державний університет, 2022. –
с.

Кафедра психології, політології та соціокультурних
технологій

У конспекті лекцій ми розглянули актуальні теоретичні та прикладні проблеми сучасної медичної психології. Проаналізували особливості когнітивних, емоційних і вольових психічних процесів у нормі та патології, описали теорії особистості та інтелекту, акцентуації особистості (характеру), подали інформацію з основ психосоматики та нейропсихології. Описали та проаналізували психологічні механізми виникнення захворювань.

Конспект лекцій «Основи медичної психології» розроблений як модульний елемент дисципліни «Медична психологія та основи сексології». Тексти лекцій призначені для студентів спеціальності «Психологія», а також для студентів закладів вищої освіти інших спеціальностей, можуть бути використані викладачами, магістрантами та аспірантами, а також усіма, хто цікавиться питаннями медичної психології.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	– Всесвітня Організація Охорони Здоров'я.
ВПФ	– вищі психічні функції.
ІХС	– ішемічна хвороба серця.
КТ	– комп'ютерна томографія.
ЛП	– ліва півкуля.
МКХ	– Міжнародна класифікація хвороб.
ПП	– права півкуля.
РФ	– ретикулярна формація.
ССЗ	– серцево-судинні захворювання.

- ЦНС – центральна нервова система.
ХА – хвороба Альцгеймера.
ЯМР – ядерно-магнітна томографія.

I

Q D

S коефіцієнт інтелекту (intelligence quotient).

M

– Діагностичний і статистичний посібник із психічних

p

o

z

л

а

д

і

в

D

і

а

g

n

o

s

t

і

в

а

п

с

п

с

п

п

п

п

п

п

п

п

п

ПЕРЕДМОВА

Медична психологія – це галузь психологічної науки, що вивчає різноманітність проблем у контексті здоров'я та хвороби людини. У фокусі уваги медичної психології перебувають психологічні чинники, пов'язані з виникненням, лікуванням, діагностикою та профілактикою захворювань. У теперішній час медична психологія є досить різноманітною з теоретичної точки зору науковою дисципліною, що має цілу низку напрямків: патопсихологія, нейропсихологія, психосоматика, психологія медичного середовища, психологія хворого. У межах медичної психології проводиться клініко-психологічний аналіз порушень особистості та психічних процесів за різних захворювань,

s

t

і

с

а

розглядаються закономірності формування суб'єктивних концепцій хвороби та моделі взаємодії лікаря та пацієнта.

Конспект лекцій «Основи медичної психології» може бути використаний як модульний елемент у процесі вивчення дисципліни «Медична психологія та основи сексології».

Метою вивчення дисципліни є формування поглиблених професійних знань про фундаментальні та прикладні дослідження в галузі медичної психології.

Завдання вивчення дисципліни

1. Освоєння сутності методологічних проблем сучасної медичної психології та підходів до їх вивчення та аналізу.

2. Поглиблене вивчення психологічних закономірностей реалізації психічної діяльності за різних патологічних станів та аномалій розвитку.

3. Вивчення впливу психічних чинників на виникнення, перебіг і подолання хвороби, а також інших станів дезадаптації.

4. Вивчення можливостей підвищення адаптаційних ресурсів особистості, гармонізації психічного розвитку та міжособистісних відносин у попередженні захворювань різного генезу, а також під час реабілітації.

5. Поглиблений аналіз способів розроблення та адаптації методів психологічної діагностики та психологічного впливу.

Після успішного вивчення навчальної дисципліни здобувач вищої освіти зможе:

- ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх вирішення;
- збирати інформацію про пацієнта/клієнта, здійснювати пошук інформації з різних джерел для вирішення професійних завдань, зокрема з використанням інформаційно-комунікаційних технологій;
- самостійно обирати та застосовувати надійний діагностичний і психодіагностичний інструментарій (тести, опитувальники, проєктивні методики тощо) та здійснення медичних і психологічних інтервенцій;

- здійснювати ідентифікацію, підготовку та виконання психологічного (медико-психологічного) втручання, яке необхідне для досягнення поставленої мети, використовуючи результати оцінювання (психодіагностики);
- прогнозувати результати медико-психологічної допомоги за терміном і ступенем відновлення втрачених функцій організму пацієнта як на соматичному, так і на психічному рівні;
- обирати конструктивні та ефективні стратегії соціальної взаємодії, здійснювати ефективну комунікацію та надавати пацієнтам/клієнтам інформацію у спосіб, який повною мірою буде відповідати їх потребам та очікуванням.

Відповідно до навчального плану види навчальної діяльності студентів містять лекції, практичні заняття, самостійну роботу студентів.

Теми лекційного курсу розкривають проблемні питання відповідних розділів медичної психології. На практичних заняттях студенти мають змогу поглиблено розглянути прикладні аспекти медичної психології.

ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

- 1.1. Предмет і завдання медичної психології.
- 1.2. Розділи медичної психології.
- 1.3. Розвиток медичної психології.
- 1.4. Методи медичної психології.

Предмет і завдання медичної психології

Медична психологія – галузь психологічної науки, що орієнтована на вирішення теоретичних і практичних завдань, пов'язаних із психопрофілактикою захворювань, діагностикою хвороб і патологічних станів. У межах медичної психології

здійснюються різноманітні психокорекційні способи впливу на процес одужання, зокрема психологічна експертиза, соціальна та трудова реабілітація хворих.

Предметом вивчення медичної психології є: особистість хворої людини, особистість медичного працівника, а також процеси, пов'язані з комунікацією хворої людини та медичного працівника в різних умовах – під час відвідування хворого вдома, в амбулаторії та клініці.

Медична психологія також вивчає особливості взаємовідносин медичних працівників у межах лікувального закладу, у побуті, суспільному житті тощо.

Отже, медична психологія вивчає:

- роль психіки у зміцненні здоров'я та попередженні захворювань;
- в
- стан психіки в процесі лікування і, зокрема реакції на різні медикаменти або форми лікувального впливу;
- психічні порушення, що виникають за різних захворювань, і методи їх лікування.

До медичної психології, як однієї з галузей психології, входять або пов'язані з нею такі розділи:

- Психологія хворого;
- Психологія лікувальної взаємодії;
- Норми та патологія психічної діяльності;
- Патопсихологія;
- Психологія індивідуальних відмінностей;
- Вікова клінічна психологія;
- Сімейна клінічна психологія;
- Психологія девіантної поведінки;
- Психологічне консультування;
- Психокорекція та психотерапія;
- Психосоматична медицина.

Медична психологія тісно пов'язана насамперед із психіатрією та патопсихологією. Сферою загального наукового та

в

н

а

в

и

практичного інтересу медичної психології та психіатрії є діагностичний процес. Розпізнавання психопатологічних симптомів і синдромів є неможливим без знання феноменів повсякденного життя, що відображають індивідуально-психологічні особливості людини та перебувають у межах нормальних варіацій психічного реагування.

Медична психологія містить загальну та прикладну медичну психологію.

Загальна медична психологія займається вивченням особистості хворого, лікаря, середнього та молодшого медичного персоналу та їх взаємин.

Прикладна медична психологія вивчає ці самі питання щодо кожної конкретної медичної дисципліни: хірургії, терапії, педіатрії, санітарії, геронтології, невропатології, психіатрії тощо.

Напрямки практичної роботи медичного психолога:

– *психодіагностика*, зокрема судово-психологічна експертиза та експертиза працездатності;

– *психологічна допомога* хворим, їх родичам, а також людям із психологічними проблемами;

– *консультування* медичного персоналу з метою підвищення ефективності професійної діяльності та комунікації з хворими, запобігання лікарським помилкам;

– *психологічне просвітництво*, навчання методам саморегуляції та профілактики захворювань.

Розділи медичної психології

Медична психологія, що є галуззю психології в цілому, в свою чергу поділяється на низку розділів.

Перший із цих розділів – *патопсихологія*. Предметом вивчення патопсихології є патологічні порушення психічної діяльності, вона розробляє методи психологічної діагностики цих порушень. Патопсихологічні методи знаходять застосування насамперед у психіатричній клініці, а патопсихолог є важливим помічником лікаря-психіатра у сфері діагностики психічних розладів. Використання патопсихологічних методів дозволяє

зробити психіатричний діагноз не лише більш точним, а й більш детальним і прогностичним.

Другий розділ медичної психології – *нейропсихологія*. Завдання нейропсихології полягає в тому, щоб психологічними методами досліджувати органічні ураження центральної нервової системи. Застосування нейропсихологічних методик у низці випадків дозволяє уточнити локалізацію ураження головного мозку та його поширеність. Нейропсихологічні методи використовуються передусім у неврологічній клініці.

Наступний розділ медичної психології – *психосоматика*. Психосоматика вивчає взаємозв'язки між психічними та соматичними процесами в організмі та вплив цих взаємозв'язків на виникнення та перебіг різних захворювань. Предметом психосоматики є так звані психосоматичні розлади, тобто розлади соматичних функцій, обумовлені психічними причинами.

Такий розділ медичної психології, як *медична деонтологія*, традиційно вважався як наука про належну поведінку лікарів та іншого медичного персоналу щодо пацієнтів деонтос» із грецької означає «належне»). Проте в теперішній час медична деонтологія розглядається дещо ширше, як наука про міжособистісну взаємодію в процесі надання медичної допомоги та вплив такої взаємодії на лікувальний процес. Водночас для деонтології мають значення всі форми міжособистісних комунікацій: не лише між медичним персоналом і пацієнтами, а й між лікарями та іншим медперсоналом, а також взаємодія лікарів один з одним і пацієнтів між собою. Аналізуючи всі ці міжособистісні взаємодії, медична деонтологія розробляє рекомендації, спрямовані на те, щоб вони сприяли максимально ефективному лікуванню пацієнта.

Ще один розділ медичної психології – *психологія девіантної поведінки*. Девіантна поведінка – це форма поведінки, яка відхиляється від загальноприйнятих соціальних норм, хоча при цьому вона не обов'язково пов'язана з психічною патологією. Прикладами девіантної поведінки можуть бути: зловживання різними психоактивними речовинами; схильність до

правопорушень; відхилення в сексуальній сфері; фанатизм; поведінка, орієнтована на позбавлення себе життя тощо. Психологія девіантної поведінки як розділ медичної психології займається вивченням соціально-психологічних причин різних форм поведінкових відхилень, а також розробляє методи їх психологічної корекції.

Психологія аномального розвитку – ще один розділ медичної психології, що вивчає відхилення в психічному формуванні дітей і підлітків, а також розробляє методи психологічної діагностики та корекції цих відхилень. Необхідно зазначити, що відхилення в психічному розвитку є досить різноманітними як за своїми причинами, так і за проявами, і робота з кожним із них вимагає особливого підходу. Методи, що розробляються психологією аномального розвитку, знаходять широке застосування як в медицині (насамперед у дитячій психіатрії), так і в педагогіці.

Психогігієна – розділ медичної психології, що вивчає шляхи збереження та зміцнення психічного здоров'я людини. В межах психогігієни розробляються рекомендації з організації різноманітних сфер практичної діяльності людини (психогігієна праці, психогігієна навчального процесу, гігієна сімейного життя тощо). Ці рекомендації націлені на запобігання можливих психічних розладів, пов'язаних із даними видами діяльності та сферами життя, а також на зміцнення психічного здоров'я людей, зайнятих у цих сферах.

Ще один із розділів медичної психології – *конкретна медична психологія*, що вивчає психічні особливості хворих різними захворюваннями і розробляє рекомендації з побудови лікарського контакту і терапевтичних відносин із пацієнтами, які страждають на те чи інше захворювання.

Розвиток медичної психології

Медична психологія виникла на початку ХХ століття на межі двох наук – медицини та психології, тобто на її формування вплинули як лікарі, так і психологи.

Засновником медичної психології вважається американський психолог Лайтнер Уїтмер, який у 1907 році на сторінках журналу «Психологічна клініка» проголосив народження нової спеціальності – клінічної психології. Крім того, під керівництвом Уїтмера була відкрита перша в історії психологічна клініка для дітей із порушеннями психічного розвитку. Проте було б перебільшенням сказати, що лише Уїтмер створив медичну психологію. Він лише констатував факт її появи, тоді як ціла низка видатних вчених ще до Уїтмера своїми працями наприкінці XIX – початку XX століття підготували народження нової наукової дисципліни. Назвемо імена найбільш відомих вчених.

Насамперед потрібно назвати видатного французького психолога Т. Рибо, який наприкінці XIX століття першим почав використовувати метод психологічного експерименту для вивчення патологічних порушень психіки. Тим самим Рибо заклав основи сучасної патопсихології. Особливо відомий Рибо своїми дослідженнями порушень пам'яті, а відкритий ним закон, що характеризує динаміку порушень пам'яті за органічних захворювань головного мозку, наразі носить його ім'я.

Німецький психіатр Е. Крепелін також зробив істотний внесок у розвиток медичної психології. Він активно сприяв впровадженню експериментально-психологічних методів у клінічну роботу психіатрів, вважаючи ці методи важливим способом підвищення об'єктивності діагностики психічних розладів. Можна сказати, що саме Крепелін сприяв широкому застосуванню патопсихології у психіатричній клініці, і з того часу патопсихологічне дослідження є важливою та невід'ємною частиною діагностичного процесу в психіатрії.

У розмові про історію медичної психології, безумовно, не можна пройти повз імені великого австрійського психотерапевта і психолога З. Фрейда. Його роботи мали значний вплив на різні галузі науки – психіатрію, психологію, філософію, мистецтвознавство. Що ж стосується конкретно медичної психології, то тут Фрейд насамперед відомий своїми ідеями у

сфері психології неврозів. На межі XIX і XX століть він створив першу в історії теорію психогенезу неврозів і довів, що неврози є захворюваннями психогенними, тобто викликаються дією психічної травми (до Фрейда їх вважали дегенеративними хворобами нервової системи). Крім того, Фрейд розробив перший в історії метод психологічного лікування неврозів. Уся сучасна психологія неврозів, а також значна частина сучасної психотерапії, так чи інакше, беруть свій початок від Фрейда. Нарешті, відкриття Фрейдом явища істеричної конверсії створило передумови для розвитку в подальшому ще однієї галузі медичної психології – психосоматики.

Значний вплив на розвиток медичної психології мав В. М. Бехтерев. У сфері медичної психології він передусім відомий своїми дослідженнями явищ гіпнозу та навіювання. У свій час він був одним із найбільш авторитетних гіпнологів Європи.

Швейцарський психіатр Є. Блейлер, активно застосовуючи психологічні методи для дослідження психіки хворих на шизофренію, описав основне психічне порушення під час даного захворювання – так зване розщеплення психіки (схізіс), вперше давши цій хворобі назву «схізофренія» (згодом – шизофренія»). Внесок Блейлера у вивчення шизофренії був оцінений настільки високо, що інша назва цієї хвороби тепер – хвороба Блейлера.

Ще один видатний вчений, німецький психіатр, психотерапевт і психолог Е. Кречмер, відомий як засновник клінічної характерології (вчення про характери). В книзі «Будова тіла і характер» Кречмер вперше показав наявність зв'язку між тілесною конституцією і характером людини. Крім того, Кречмеру належить перший в історії підручник із медичної психології, який побачив світ у 1922 році.

Засновником сучасної психосоматики є американський психіатр і психолог Ф. Александер, розквіт наукової діяльності якого припадає на 40–50-ті роки XX століття.

Значний вплив на розвиток медичної психології мали

роботи Б. В. Зейгарник, засновниці експериментальної патопсихології.

Л. С. Виготський, психолог зі світовим ім'ям, розквіт наукової діяльності якого припадає на 20–30-ті роки ХХ століття, поряд з іншими своїми науковими досягненнями, також відомий як учений, який зробив значний внесок у становлення психології аномального розвитку.

Засновником нейропсихології є О. Р. Лурія, період активної наукової діяльності якого припав на період із 20-х до 70-х років ХХ століття.

Нарешті, хочеться назвати ім'я відомого психіатра П. Б. Ганнушкіна, який є засновником клінічної характерології.

Методи медичної психології

До основних методів психологічного дослідження належать спостереження, клініко-психологічний метод (збирання психологічного анамнезу), метод аналізу одиничних випадків (кейс-стаді) та експериментально-психологічні методи, які умовно можна розділити на дві групи – опитувальники і проєктивні методики.

Метод спостереження належить до найбільш ранніх і фундаментальних методів психологічного дослідження; він полягає у професійній реєстрації всіх виявлених у зовнішній поведінці випробуваного проявів внутрішньої психологічної структури, а також у психологічній інтерпретації та поясненні цих проявів. Основою матеріалу для спостереження є вся різноманітність сенсорної інформації різних модальностей (зорової, слухової, тактильної тощо), яку ми можемо отримати від випробуваного.

Клініко-психологічний метод дослідження полягає в професійному психологічному опитуванні, бесіді з хворим, у ході якої психолог може одержати потрібну йому інформацію про психологічні феномени, що мають значення для розуміння соматичної симптоматики пацієнта.

Метод спостереження та клініко-психологічний метод

дослідження є основними, базовими методами під час вивчення пацієнтів у важкому соматичному стані, коли проведення експериментальних методик є неможливим. Роль методу спостереження зростає під час підозри на симуляцію і дисимуляцію в пацієнта, за наявності мовного бар'єру між психологом і пацієнтом, дефектів аналізаторних систем випробуваного, в ситуаціях експрес-діагностики та деяких інших випадках.

Метод *кейс-стаді* орієнтований на вивчення індивідуально-психологічних особливостей окремої людини. Ці особливості розглядаються як самостійний «клінічний» випадок, в якому можуть знайти відображення типові характеристики певного розладу.

Використання експериментально-психологічних методик у клініці є можливим за певних умов. Зокрема – це наявність достатнього рівня вмотивованості хворого, певна ступінь соматичного та психічного статусу пацієнта, а також інтелектуального збереження, дотримання низки зовнішніх ситуаційних умов, зокрема, можливість провести дослідження у відносно ізольованому приміщенні, збереження конфіденційності та нерозголошення (без необхідності) результатів дослідження стороннім особам.

У клініці внутрішніх хвороб передбачається використання двох основних груп методик – опитувальників і проєктивних методів.

Опитувальник являє собою перелік питань щодо особливостей характеру, темпераменту, пам'яті, мислення, певних позицій, установок хворого, а також його відношення до власного соматичного та психологічного самопочуття. Безумовно, передбачається, що, відповідаючи на кожне питання, пацієнт буде абсолютно щирим, об'єктивним, здатним адекватно оцінити свій власний стан. Проте на практиці це не завжди так.

Саме тому використовується ще одна група методів експериментального дослідження особистості та емоційної сфери хворих із соматичними порушеннями в клініці внутрішніх

хвороб – *проективні методи*, тобто методи, засновані на феномені атрибутивної проєкції – схильності приписувати оточуючим власні риси, проєктувати назовні власні проблеми, інтерпретувати будь-які зовнішні події крізь призму власної індивідуально-психологічної проблематики.

ТЕМА 2. ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБА

Феномен здоров'я.

Концепції здоров'я.

Хвороба як соціальна категорія.

Хвороба як суб'єктивний конструкт.

Феномен здоров'я

Поняття «здоров'я» є складною, комплексною категорією, яка не обмежується лише біологічними чинниками. Існує близько ста визначень здоров'я, які розглядають його в широкому контексті соціальних, економічних, культурних, етнічних відносин. Розглянемо найбільш поширені підходи до розуміння здоров'я.

Здоров'я як нормальне функціонування організму. Зазначена інтерпретація феномену здоров'я базується на врахуванні середньої норми життєдіяльності всіх рівнів людського організму (фізіологічного, біохімічного, анатомічного тощо). Організм вважається здоровим, якщо його показники перебувають у певних функціональних межах. У зв'язку з тим, що досить складно визначити межі між здоров'ям і хворобою, в медичній психології можуть використовуватися терміни «передхвороба», означають, що організм має певні патологічні ознаки, але вони ще не впливають на його нормальне функціонування.

Здоров'я як динамічна рівновага. У цьому разі здоров'я розглядається у двох аспектах. По-перше, – як гармонійне функціонування всіх систем організму. По-друге, як ефективна

адаптація організму до існування в конкретному середовищі. Зверніть увагу, що зазначене розуміння здоров'я входить у протиріччя з першим визначенням. Наприклад, пристосованість до існування в конкретному середовищі може досягатися за рахунок аномальної роботи деяких функцій організму.

Здоров'я як здатність до виконання громадських функцій, активна участь у суспільному житті. Тут здоров'я розглядається як умова нормального функціонування соціальної системи. Здорова людина – це та, яка активно сприяє як розвитку соціальної системи, так і підтриманню її рівноваги.

Здоров'я як відсутність хвороби. У цьому разі основним є поняття хвороби. За відсутності хворобливих ознак людина вважається здоровою.

Здоров'я як фізичне, духовне, розумове та соціальне благополуччя. Тут акцент зроблено на гармонійному поєднанні всіх аспектів людського існування. Власне, це визначення здоров'я, яке було запропоноване Всесвітньою Організацією охорони Здоров'я в 1948 році. Незважаючи на те, що визначення здоров'я ВООЗ часто піддається критиці за його надмірну ідеалістичність та умоглядність, його завжди згадують за необхідності описати поняття здоров'я.

Можна виділити такі види здоров'я

Фізичне здоров'я – це стан організму людини з достатнім адаптивним потенціалом, хорошим рівнем фізичного розвитку, функціональною підготовленістю організму до виконання навантажень різного рівня та інтенсивності.

Психічне здоров'я – сукупність установок, якостей і функціональних здібностей, які дозволяють індивіду адаптуватися до середовища. Це найбільш поширене визначення, хоча виробити універсальне, прийнятне для всіх визначення психічного здоров'я навряд чи можливо, тому що досить важко поєднати погляди на це питання, які склалися в різних людських суспільствах і культурах. Уявлення про психічну норму та хворобу відрізняються в різних культурах і в різні часи навіть у межах однієї культури. Прикладом першого може бути той факт,

що деякі племена індіанців вважають галюцинації нормальним явищем; приклад другого – зміна ставлення до гомосексуальності, яка в стародавній Греції вважалась варіантом норми, потім довгий час розглядалась як злочин, після цього – як психічна хвороба, а зараз – як один із варіантів сексуальної поведінки.

Душевне здоров'я – це динамічна характеристика індивідуальності; здатність ставити цілі та досягати їх; здатність до саморозвитку та самовдосконалення. Критерієм душевного здоров'я вважається здатність людини ефективно долати складні ситуації.

Соціальне здоров'я – це інтегральний показник, що описує рівень поширення захворювань у загальній популяції та поширення різних форм соціальних девіацій.

Концепції здоров'я

Антична концепція здоров'я

Одним із найбільш ранніх визначень здоров'я вважається поняття, запропоноване грецьким філософом Алкмеоном у V столітті до нашої ери. Він визначив здоров'я як гармонію або рівновагу протилежно спрямованих сил. Аналогічне визначення є у Платона, який вважав, що здоров'я, як і краса виражається в пропорційному співвідношенні душевного та тілесного.

Здоров'я в античному розумінні насамперед орієнтоване на внутрішній світ людини. Меншою мірою воно пов'язується з системою відносин індивіда з довкіллям та іншими людьми.

Здоров'я – це гармонія і пропорційність. Здоровий стан людини базується на оптимальному співвідношенні тілесних і душевних складових. Бути здоровим – означає слідувати власній природі та загальній природі речей. Здорове життя ґрунтується на керівництві розуму. Внутрішня узгодженість досягається тоді, коли людина, керуючись розумом, живе в повній згоді зі своєю природою, не спотворюючи її (наприклад, надмірними пристрастями тощо) та не намагаючись їй протидіяти. Це означає, що головними якостями здорової людини є розсудливість і

володіння собою, що надає змогу їй не залежати від зовнішніх обставин. Наприклад, філософ Епіктет казав: «Раб той, хто не вміє володіти собою». Необхідною умовою здорового існування є орієнтація передусім на самого себе. Будь-які зовнішні блага, матеріальні цінності є скороминуцями. Відомим є вислів Сократа – «Скільки ж є на світі речей, без яких можна жити». Здорова людина – це прояв упорядкованості та узгодженості Космосу. Саме тому умовою здоров'я є підпорядкованість фізичного існування вищим законам.

Античні принципи здорового існування знайшли відображення і в середньовічній медицині. Це чітко простежується в арабській школі лікування, насамперед у трактатах Авіцени. Він писав, що здоров'я залежить від урівноваженості людської натури та пропорційності її складових. Створений Авіценою канон медичної науки вплинув значною мірою в цілому на розвиток медицини в середньовічній Європі. Виконуючи заповіді античних та арабських ескулапів, середньовічні лікарі прагнули привести своїх пацієнтів до безтурботного, спокійного, врівноваженого існування, в якому вони вбачали еталон здоров'я. Слово «*diaeta*», яке часто траплялося в працях середньовічних лікарів, відноситься не тільки до їжі, а й позначає «помірність у житті взагалі». В цілому ж цей підхід можна назвати медико-філософським осмисленням здоров'я.

Адаптаційна модель здорової особистості

Цей підхід розглядає здоров'я в контексті відносин особистості з довкіллям. Таке уявлення про здоров'я виникає в ХІХ столітті. В межах адаптаційного напрямку можна виділити психофізіологічний (біологічний), еволюціоністичний і соціально-орієнтований підходи до здорової особистості.

З позицій *психофізіологічного (біологічного) підходу* нормальний рівень здоров'я – це оптимум психофізичного реагування на зовнішні стимули. Біологічне здоров'я пов'язане зі збереженням постійності внутрішнього середовища організму в умовах безпосереднього та активного контакту з довкіллям. Цей

підхід до здоров'я відображений у понятті гомеостазису.

Еволюційний підхід вивчає особливості ефективного здоров'я в контексті існування людства в цілому. Зокрема, Конрад Лоренц розглядав людство як певну макросистему, яка набуває в процесі еволюції нових властивостей. Водночас здоровим є все, що є корисним і доцільним для виживання виду.

Соціально-орієнтований аспект адаптаційної моделі здоров'я розуміє його як результат того чи іншого рівня взаємодії в суспільстві. Здорова особистість у межах цієї моделі – це людина, поведінка якої відповідає прийнятим у суспільстві нормам і правилам. Отже, здоров'я в межах цього напрямку ототожнюється з нормальністю, з нормальним соціальним функціонуванням. Наприклад, нормальна (здорова) людина – це та, яка закінчить школу, здобуде освіту, створить сім'ю, буде нормально працювати тощо. В межах цього підходу здоров'я є важливою соціальною передумовою нормального функціонування суспільства.

Антропоцентричний еталон здоров'я

В основі антропоцентричного підходу лежить уявлення про вище (духовне) призначення людини. Залежно від цього пропонуються різні моделі здорової особистості. Прикладами таких модифікацій можуть бути концепції та моделі, розроблені в межах екзистенційної, гуманістичної та трансперсональної психології. Особистість у межах цього підходу розглядається як така, що орієнтується на саморозвиток та відкрита досвіду.

Хвороба як соціальна категорія

Термін «хвороба» – не лише описове поняття. Більшою мірою воно являє собою теоретичний конструкт, загальну абстрактну модель, що використовується для того, щоб відобразити незвичайні та незрозумілі фізіологічні та психологічні зміни в людині, й тим самим зрозуміти та пояснити ці зміни.

Сучасна медицина використовує *біомедичну модель хвороби*. Біомедична модель ґрунтується на уявленні про існування незмінних біологічних структур і процесів, що функціонують у нормі та патології. Пояснення патологічного процесу зосереджено в основному на біологічних маркерах. Отже, соціальні та психологічні чинники практично не розглядаються як чинники, що можуть викликати хворобливий стан.

Біомедична модель останнім часом викликає критику не лише з боку психологів або соціологів, а також і лікарів. Зіштовхуючись із різноманітним ознакам і проявів однієї й тієї самої хвороби залежно від соціальних, психологічних та інших особливостей пацієнта, лікарі приходять до висновку, що необхідно лікувати все ж таки хворого, а не хворобу. Проте прихильники біомедичної моделі заперечують цей факт, підкреслюючи, що основні механізми (етіологія, патогенез), незважаючи на різноманітність зовнішніх проявів під час того чи іншого захворювання, однакові, що означає необхідність лікувати саме хворобу. Іншими словами, перед лікарями постійно виникає питання щодо співвідношення соціального та біологічного в межах певного патологічного процесу або явища.

Біомедична модель є редуцціоніською в тому значенні, що будь-який хворобливий стан зводиться до деяких специфічних біохімічних механізмів. Крім того, ця модель, проводячи жорстку межу між соціальним і біологічним, припускає, що причина хвороби може бути лише в організмі людини. Індивід у межах цієї моделі розглядається як «місце прояву хвороби», а сама хвороба розглядається як безумовне відхилення від нормального стану. Кожна хвороба має притаманну їй етіологію – викликається конкретним чинником, який можна ідентифікувати (вірус, бактерія, паразит тощо). Зрозуміло, що з цих позицій організм людини і хвороба розглядаються окремо один від одного, внаслідок чого організм можна «ремонтувати», як машину.

Біопсихосоціальна модель хвороби була запропонована наприкінці 70-х років ХХ ст. У межах цієї парадигми хвороба

розглядається як розлад, який загрожує дисфункцією, тобто нездатністю психобіологічних механізмів виконувати власні функції в певному соціокультурному просторі. В основі біопсихосоціальної моделі лежить концепція «діатез-стрес», де діатез – це біологічна схильність до певного хворобливого стану, а стрес – психосоціальні чинники, що актуалізують цю схильність.

В оцінюванні стану здоров'я в межах біопсихосоціальної моделі провідну роль відіграють психологічні чинники. Суб'єктивно здоров'я проявляється в почутті оптимізму, соматичному та психологічному благополуччі, радості життя. Водночас не кожен функціональний розлад однозначно є хворобою, а лише такий, що має значення для існування особистості в певних умовах. Наприклад, для первісної людини важливим чинником її існування була фізична витривалість, здатність виживати в складних природних умовах. Отже, недостатній рівень фізичного розвитку, інвалідність значною мірою знижували ймовірність виживання такої людини та могли оцінюватись як певний хворобливий стан.

Отже, до хвороби в межах біопсихосоціальної моделі може бути віднесений не будь-який розлад, а лише той, який необхідно змінити (тобто необхідність лікування). Іншими словами, потреба в лікуванні вважається необхідною тоді, коли спостерігаються ознаки відхилень (розладу), що завдають шкоди професійній або повсякденній діяльності, соціальним відносинам або викликають психоемоційні страждання.

Соціальні моделі хвороби

Соціально-економічна модель хвороби

У межах соціально-економічної моделі особлива увага приділяється ролі та впливу економічних, а також пов'язаних із ними соціально-значущих чинників на рівень захворюваності. Чинник бідності з поміж інших соціально-економічних чинників вважається найважливішим. Бідність має значний вплив на поширеність як фізичних, так і психічних захворювань. Шкідливим впливам доквілля піддаються саме бідні, які часто

мають (або не мають) низькооплачувану та неперспективну роботу, що викликає стрес. Крім того, у них часто відсутні предмети першої необхідності та інші можливості для повноцінного гідного життя, а також немає інформації та достатньої підтримки. Серед бідних, як показує статистика, рівень смертності в більш молодому віці є набагато вищим порівняно з іншими верствами населення.

Цивілізаційна модель хвороби

Багато вчених, які працюють у цьому напрямку, підкреслюють, що цивілізація не лише забезпечує виживання людини, а й значною мірою послаблює, деформує людську сутність, відмежовуючи людину від її природних джерел. До найважливіших патогенних чинників цивілізації К. Ясперс, один із дослідників цієї проблеми, відносить технізацію життя, яка є чинником ліквідації природного середовища проживання людини, замінюючи його штучним.

Е. Гуан і А. Дюссер ввели в обіг поняття «Хвороби цивілізації». Вони виділили 4 категорії таких захворювань:

«Хвороби забруднення» – виникають внаслідок техногенної діяльності: отруєння ґрунту, води, атмосфери.

«Хвороби виснаження» – виникають унаслідок нервово-психічної перевтоми людини.

«Хвороби споживання» – порушення режиму та структури харчування, вживання речовин, що викликають хімічну залежність, зловживання лікарськими препаратами.

«Хвороби зворотної адаптації» – неузгодженість біологічних ритмів з умовами соціального життя людини.

Соціологічна модель хвороби

У середині ХХ століття американський соціолог Т. Парсонс запропонував розглядати хворобу як одну з форм девіантної поведінки щодо системи соціальних норм. Хвороба, на його думку, дисфункціональна в тому сенсі, що вона може зробити людину неефективним членом соціуму. Виходячи з того, що хвороба має прямий зв'язок із суспільними відносинами, вона з чисто біологічного феномена перетворюється в предмет

соціологічного аналізу.

Хвороба, з позицій соціологічної моделі, існує в певному соціальному просторі (суспільство), реалізується в межах конкретних соціальних інститутів (охорона здоров'я), а також має визначений набір рольових очікувань. Це означає, що хвороба розглядається не як сукупність біологічних розладів, що існують у межах організму, а як певна система соціальних уявлень про захворювання, його перебіг, а також про поведінку хворого, обов'язки лікаря тощо. Тобто можна сказати, що хвороба є певним соціальним конструктором. «Конструювання» хвороби відбувається так:

- формується уявлення про те, які види поведінки корисні (наприклад, спорт), а які шкідливі (переїдання) для здоров'я. На основі цих уявлень формуються певні моделі «правильної» та «неправильної» поведінки;
- транслюються когнітивні схеми, на основі яких суб'єктивні прояви соматичного та психічного дискомфорту усвідомлюються як симптоми хвороби;
- включає «соціальні мережі», тобто канали неформальної комунікації, за якими людина може одержати поради щодо свого хворобливого стану;
- регулює правильність виконання «ролі хворого»;
- має спеціалізовані соціальні інститути та організації (лікарні, поліклініки, санаторії тощо).

Хвороба як суб'єктивний конструктор

Суб'єктивна інтерпретація хвороби

Ця модель розглядає хворобу як внутрішню неузгодженість. Відповідно до цього підходу причину будь-якої недуги необхідно шукати в самому собі, в недосконалому внутрішньому світу, який потребує зміни та удосконалення. Внутрішня неузгодженість може виникнути внаслідок неправильної поведінки самої людини, наприклад, через її неупорядковане або аморальне життя. З іншого боку, хвороба може бути результатом чужорідного впливу (зараження, аварія

тощо), і людина в цьому разі є лише жертвою.

Розглянемо детальніше зазначену модель. Уявлення про те, що хвороба є результатом певних дестабілізувальних впливів, виникла досить давно. В архаїчному суспільстві хвороби вважалися результатом проникнення в тіло злих духів. Середньовіччя розглядало хворобу глобальніше, як одержимість дияволом, як захвачення душі світовим злом. Отже, хворого необхідно було рятувати від чужорідного впливу. Пасивність хворого та необхідність втручання – основні аспекти тлумачення хвороби в цьому разі. Цікаво, що в сучасних уявленнях про хвороби, коли людина розглядається як жертва зовнішніх впливів (епідемії грипу, стресу тощо) і потребує допомоги з боку певної соціальної групи (лікарі, психотерапевти), відображаються ідеї, які зародилися ще у стародавні часи.

У межах цього підходу необхідно також згадати інтерпретацію хвороби як результату індивідуального гріха або загальної недосконалості людської природи, що існує в межах християнської духовної традиції. Хвороба тут розглядається як норма земного життя людини, яка виникає від неправедності або аморальності індивіда. З іншого боку, хвороба має певний позитивний потенціал, тому що дається людині як необхідне страждання, що очищує та може допомогти їй стати на шлях праведності, змінивши неправильні звички, думки та спосіб життя.

Внутрішня картина хвороби

Великий вплив на перебіг захворювання має розуміння та інтерпретація власної хвороби людиною. Наявність уявлення про захворювання, тобто внутрішня картина хвороби, формує в індивіда певні програми, пов'язані з подоланням захворювання. В таких програмах можна виділити *модель прогнозу захворювання та модель очікуваних результатів лікування*.

Модель прогнозу захворювання є емоційною зарядженою сукупністю уявлень хворого про ймовірний перебіг недуги та кінцевий результат лікування. Тобто на перебіг хвороби та результативність лікування впливає не лише стан організму та

особливості збудника хвороби, а й особистісні риси самого хворого – життєвий досвід, інтелект, емоційна структура особистості тощо.

Очікування щодо кінцевого результату перебігу захворювання перебуває в межах двох полярних суджень – від надії на повне одужання, з одного боку, та моделювання смертельного прогнозу, з іншого. Між зазначеними варіантами можуть бути різноманітні «проміжні моделі», тобто очікування різних форм часткового одужання.

Модель очікуваних результатів лікування – образ результату лікування, на який розраховує хворий. На деяких етапах захворювання модель очікуваних результатів лікування може значною мірою визначати поведінку хворого.

Під час курсу лікування у хворих також формуються психологічні моделі одержаних результатів лікування – емоційно забарвлені уявлення, що відображають як реальні, так і уявні (навіяні, самонавіяні) зміни в бік поліпшення або погіршення стану як фізичного, так і психічного. На особистісному рівні оцінювання результатів лікування здійснюється шляхом порівняння моделі очікуваних результатів лікування та моделі одержаних результатів лікування. Водночас збіг названих моделей викликає позитивні емоції, задоволення, а розбіжність, коли модель одержаних результатів лікування є гіршою за модель очікуваних результатів лікування – негативні емоції, незадоволення, розпач тощо. Такі емоції можуть бути причиною перебудови моделі очікуваних результатів лікування з відмовою від лікування певним методом і депресією або трансформація психологічної зони інформаційного поля хвороби із заниженими моделями прогнозу захворювання та моделі очікуваних результатів лікування.

Типи відношення до хвороби

Значну роль у формуванні внутрішньої картини хвороби відіграє тип емоційних відносин хворого зі своєю хворобою, її проявів, прогнозу тощо. Виділяють такі типи відношення до хвороби:

Гармонійний (реалістичний, зважений). Оцінювання свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість, але й без недооцінки складності перебігу хвороби. Хворі з таким типом відношення активно співпрацюють із лікарем. У разі розуміння несприятливого прогнозу захворювання – переключають власну активність на ті сфери життя, які залишаються доступними хворому.

Ергопатичний (стенічний). Зазначене відношення до хвороби часто трапляється в надмірно активних людей, повністю занурених у свою роботу. Хворобу вони розглядають як неприємний епізод, що відволікає від робочих обов'язків. Вони можуть робити вибіркові обстеження та погоджуватися лише на окремі види лікування, орієнтуючись насамперед намаганням продовжувати роботу, передусім прагненням, незважаючи на тяжкість захворювання, продовжувати роботу та зберегти свій професійний статус.

Аногнозичний (ейфорійний). Такі хворі активно заперечують наявність у себе хвороби. У разі ж, коли вони її визнають – відкидають думки про її можливі наслідки. Досить часто спостерігається тенденція розглядати симптоми хвороби як прояви «несерйозних» захворювань чи випадкових коливань самопочуття. У зв'язку з цим досить часто спостерігається відмова від лікарського обстеження та лікування, бажання «розібратися самому» та «обійтися своїми засобами», надія на те, що «саме все обійдеться». За надмірно вираженого варіанта може спостерігатися необґрунтовано підвищений настрій, зневажливе, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Бажання продовжувати отримувати від життя все, що раніше, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму та лікарських рекомендацій, що згубно позначаються на перебігу хвороби.

Тривожний (тривожно-депресивний та obsесивно-фобічний). Безперервне занепокоєння щодо несприятливого перебігу хвороби, очікування можливих ускладнень, упевненість у неефективності та навіть небезпеці лікування. Пошук нових способів лікування, постійне бажання мати додаткову

інформацію про хворобу та методи лікування, пошук «авторитетів», прагнення змінити лікаря. Значною мірою виражений інтерес до об'єктивних даних (результати аналізів, висновки фахівців). Настрій тривожний, пригнічений, зниження психічної активності.

За obsesивно-фобічного варіанта цього типу – тривожна недовірливість, яка передусім стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, взаєминах із близькими в зв'язку з хворобою. Уявлювані небезпеки хвилюють більш ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

Іпохондричний. Надмірне зосередження на суб'єктивних негативних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них лікарям, медперсоналу та оточуючим. Перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення неприємних відчуттів у зв'язку з побічними діями ліків і діагностичних процедур. Поєднання бажання лікуватися та невіра в успіх, постійне бажання пройти ретельне обстеження в авторитетних фахівців, але, з іншого боку, – страх перед процедурами та маніпуляціями.

Неврастенічний. Характерною є дратівлива слабкість, тобто поєднання афективної лабільності та дратливості на фоні зниження працездатності, послабленням концентрації уваги та підвищеній стомлюваності. Дратівливість особливо підвищується під час болю, неприємних відчуттів, невдач лікування. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого та завершується каяттям і докорами сумління. Часто спостерігається невміння та небажання терпіти болючі відчуття. Прослідковується нетерплячість під час обстежень та лікування, нездатність чекати на полегшення.

Меланхолійний (вітально-тужливий). Надмірна пригніченість у зв'язку з хворобою, невіра в одужання, в можливе поліпшення та ефективність лікування. Досить часто відбуваються депресивні висловлювання та суїцидальні думки. Песимістичний погляд на

все довкола. Сумніваються в позитивних результатах лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних і задовільному самопочутті.

Апатичний. Повна байдужість до своєї долі, перебігу хвороби та результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікувальному процесу. Втрата інтересу до життя, до всього, що раніше хвилювало, млявість та апатія в поведінці, діяльності та міжособистісних стосунках.

Сенситивний. Надмірна вразливість, заклопотаність можливими несприятливими враженнями. Побоювання, що оточуючі стануть шкодувати, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати плітки та несприятливі чутки про причину та природу хвороби або навіть уникати спілкування з хворим. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу та неприязне ставлення з їхнього боку в зв'язку з цим. Коливання настрою пов'язані в основному з міжособистісними контактами.

Егоцентричний (істероїдний). «Прийняття» хвороби та пошуки вигоди від хвороби. Демонстрація близьким та оточуючим своїх страждань і переживань із метою викликати співчуття та повністю заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткової турботи про себе на шкоду іншим справам і турботам, повна неухвага до потреб близьких. Інші люди, які також потребують уваги та турботи, розглядаються як «конкуренти», ставлення до них – неприязне. Постійне бажання показати іншим свою винятковість власної хвороби. Емоційна нестабільність і непрогнозованість.

Паранояльний. Впевненість у тому, що хвороба є результатом зовнішніх причин, або навіть чийогось злого наміру. Насторожене відношення до людей, які цікавляться їхньою хворобою, підозріле ставлення до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення впливу лікарських препаратів, недбалості або злим намірам лікарів і медичному персоналу. Звинувачення та вимоги покарань у зв'язку з цим.

Дисфорічний (агресивний). Домінує гнівний, похмурий настрій, хворі постійно виглядають безрадісними та невдоволеними.

Часто відчують заздрість або навіть ненависть до здорових людей, ураховуючи рідних і близьких. Періодично спалахують озлобленістю та звинувачують у своїй хворобі інших. Вимагають особливої уваги до себе, підозріло відносяться до процедур та лікування. Агресивне, часом деспотичне ставлення до близьких, вимога в усьому догоджати.

ТЕМА 3. НОРМА ТА ПАТОЛОГІЯ

Підходи до розуміння норми.

Патологія та розлад.

Психологічні феномени та психопатологічні симптоми.

Етапи та чинники виникнення психічних порушень.

Підходи до розуміння норми

Категорії норми та патології, здоров'я та хвороби стають головними векторами, що задають систему сприйняття та критерії оцінювання стану людини в медичній психології. Категорія норми використовується як базовий критерій порівняння поточного (актуального) та постійного повсякденного) стану людини. Із поняттям норми в нашій свідомості тісно пов'язаний стан здоров'я. Відхилення ж від норми розглядається як патологія та хвороба.

Норма – це термін, в який можна вкласти різний зміст. У межах *статистичного підходу* норма – це рівень або діапазон рівнів функціонування організму або особистості, що трапляється найчастіше, тобто є властивим, типовим для

більшості людей. У цьому разі норма може розглядатись як певний феномен, що об'єктивно існує. Статистичну норму можна визначити за допомогою обчислення середньоарифметичних значень деяких емпіричних показників. Наприклад, більшість людей не бояться опинитися в замкнутому просторі та вступають у гетеросексуальні контакти, отже, відсутність такого страху й відсутність гомосексуальних контактів – є нормальним із позиції статистичного підходу.

Соціально-нормативний підхід оцінює поведінку з боку її відповідності певним нормам, що існують у цьому суспільстві. Тобто, якщо поведінка відповідає нормам цього суспільства, вона буде вважатися нормальною. Необхідно зазначити, що уявлення про нормальність буде відрізнятися залежно від культурних особливостей, традицій, історичного контексту тощо. Наприклад, у Стародавньому Китаї серед вищого класу існувала традиція тугого бинтування ніг у жінок, що призводило до деформації ступні – це вважалося нормальним. У наш час подібне поводження батьків із власною дочкою буде оцінено не просто як аморальне, а як злочинне. Отже, з точки зору соціально-нормативного критерію основним показником нормальності поведінки буде рівень її адаптивності та відповідності соціально-культурним нормам, що існують на певній території в конкретний проміжок часу.

Ідеологічний підхід нормою вважає деякий ідеальний зразок стану людини, до якого тією чи іншою мірою повинні прагнути всі люди. Проблема норми – нормативу пов'язана з питанням вибору нормативної групи – людей, поведінка та спосіб життя яких не виходить за межі стандарту, за яким вимірюється ефективність рівня функціонування конкретної особистості. Залежно від того, кого фахівці (психіатри або психологи), враховують до нормативної групи, встановлюються різні межі норми. Як приклад можна навести перелік психологічних характеристик повністю самореалізованої творчої особистості, який був запропонований А. Маслоу на основі вивчення біографій найбільш успішних у Сполучених Штатах особистостей. З точки

зору науковця для нормальної людини властивою є потреба в постійному саморозвитку та самовдосконаленні.

Індивідуально-психологічний підхід враховує в оцінювання поведінки можливості, пов'язані з індивідуально-психологічним розвитком особистості. З цієї точки зору соціальні інститути, організації, групи, окремі особистості, які перешкоджають або пригнічують особистісний розвиток, будуть оцінюватися як неадекватні, девіантні.

Психопатологічний підхід використовується в психіатрії, медичній психології. З точки зору цього критерію всі поведінкові прояви можуть бути розділені на дві групи – нормальні (здорові) і патологічні (хворі). Патологія тут розглядається як відхилення від медичної норми. Зрозуміло, що власне поведінка, яка відхиляється від норми не є хворобою, але з точки зору цього поняття норми, вона пов'язана з певними біологічними, генетичними, гормональними та іншими відхиленнями, що впливають на розвиток і формування особистості в цілому.

Для оцінювання нормальності (відповідності нормі) психологічного стану особистості, психологом або психіатром можуть застосовуватися будь-які з зазначених норм. Саме тому процес оцінювання психологічного стану (статусу) індивіда дуже часто може мати прихований політичний або ідеологічний характер, оскільки критерієм оцінювання є система цінностей, що домінує в суспільстві або в свідомості окремо взятої групи людей.

Будь-яке відхилення від встановленої норми може характеризуватися як патологія. У медичному лексиконі під патологією зазвичай мається на увазі порушення функціонування організму на біологічному рівні. Проте в медичній психології в зміст поняття «патологія» також входять і такі відхилення від норми, в яких немає ніяких біологічних компонентів (звідси є цілком можливим і допустимим вживання термінів «патологічна особистість» або «патологічний розвиток особистості»). Вживання слова «патологія» акцентує увагу на тому, що нормальний стан, функціонування або розвиток особистості

змінюється внаслідок морфофункціональних порушень (тобто на рівні мозкових, психофізіологічних, ендокринних та інших біологічних механізмів регуляції поведінки).

Щодо біологічної норми можна встановити більш-менш чіткі об'єктивні межі допустимого розкиду рівнів функціонування людини, за яких організму не загрожує загибель від структурних або функціональних змін. З іншого боку, щодо визначення психічної норми ніяких чітких об'єктивних критеріїв встановити не можна, оскільки тут домінує довільний оціночний, нормативний підхід. Встановлення меж, що характеризують психічну норму, є тісно пов'язаним із теоретичними уявленнями про природу особистості, в якій моделюється деяке ідеальне уявлення про людину як соціальну істоту. Наприклад, у класичному психоаналізі гомосексуальність трактується як патологія, тоді як у сучасних психологічних теоріях, орієнтованих на поняття індивідуальної норми, – як норма.

Норми також розділяють на функціональні, соціальні та індивідуальні.

Функціональні норми оцінюють стан людини з точки зору їх впливу на повсякденне існування індивіда або з боку можливості досягнення певної мети (сприяє або не сприяє певний стан досягненню цілей, що ставить перед собою особистість).

Соціальні норми – це історично сформовані та прийняті в суспільстві правила поведінки, що регламентують відносини між людьми. Соціальні норми формують поведінку людини, орієнтуючи її на необхідність відповідати певним бажаним соціальним зразкам.

Індивідуальна норма базується на порівнянні поведінкових проявів конкретного індивіда не з іншими людьми, а з її власними особливостями. Зокрема, можна зафіксувати розвиток і надбання особистості, порівнюючи її здобутки за певний період часу. Водночас таке порівняння базується на вивченні особистих цільових установок людини, її життєвих цінностей і можливостей. Іншими словами, індивідуальна норма орієнтується безпосередньо на особистість, а не соціальні норми,

що пропонує суспільство. Індивідуальна норма, власне, є індивідуальна міра відхилення від фізіологічної та статистичної норм, властивих певній конкретній людині. Індивідуальна норма досить часто використовується в практиці роботи психолога або психіатра для оцінювання зміни психічного стану пацієнта під впливом певного захворювання або для фіксації ефективності терапевтичних впливів.

Патологія та розлад

Давньогрецьке слова «patos», від якого і походить термін «патологія», означає страждання. Тобто під патологією можна розуміти лише такі відхилення від норми, за яких людина відчуває певний дискомфорт (емоційний, фізичний тощо). Наприклад, для специфічних проявів сексуальних уподобань, що вимагають клініко-психологічного втручання, наразі використовуються терміни «егодистонічний» та «егосинтонічний». Егодистонічний тип характеризується вираженим занепокоєнням із приводу своїх уподобань, наявність яких викликає у людини страждання та бажання їх змінити. Для егосинтонічного типу характерним є сприйняття своїх переваг як природних, які узгоджуються з уявленнями про власну особистість. Відповідно «патологічним» визнається лише таке сексуальне уподобання, яке приносить людині емоційний дискомфорт і тому заперечується нею.

Вживання слова «патологія» передбачає наявність однієї основної причини відхилення від норми. Проте в одного й того самого психічного стану може бути не одна, а кілька, іноді протилежних причин не лише біологічного, а й соціального походження. Наприклад, депресії можуть бути обумовлені нейрохімічними порушеннями (знижена активність біогенних амінів – серотоніну, норадреналіну, дофаміну), нейрогормональними змінами, викликаними гіперактивністю системи «гіпоталамус – гіпофіз – наднирники» (підвищене виділення кортизолу). Але депресії з такою самою ймовірністю

можуть також викликатися життєвою ситуацією (не лише поточними умовами життя, а й культурними, ідеологічними, політичними чинниками), а також мотиваційно зумовленими особливостями когнітивного перероблення інформації (інтерпретація подій).

У терміні «патологія», на жаль, часто є наявним виражений оцінювальний компонент, внаслідок чого на будь-яку людину, яка не відповідає домінуючим у суспільстві нормам, можна навісити ярлик «хворого».

Через вище названі особливості вживання слова «патологія» (обов'язкова наявність у людини з патологією переживання, страждання, поганого самопочуття; припущення про дію лише однієї провідної причини порушення; виражений оцінювальний компонент) багато вчених хочуть його прибрати з лексику психіатрів і клінічних психологів, пропонуючи натомість використовувати термін «розлад», обмеживши застосування слова «патологія» лише біологічним рівнем порушень.

Розлад означає відсутність або порушення звичайного для людини стану. Вживання терміна «розлад» не передбачає обов'язкової наявності для того чи іншого відхилення від норми однозначних причинно-наслідкових зв'язків із його виникненням. Розлади можуть викликатися взаємодією комплексу чинників біологічного, психологічного та соціального рівнів, причому в кожному конкретному випадку той чи інший чинник може виявитися провідним на початку, в процесі або наприкінці існування порушення. Саме тому використання в клінічній психології слова «розлад» здається сьогодні більш привабливим.

Наявність психічного розладу спирається на три базові критерії: 1) фіксація окремих реакцій або форм поведінки, що перевищують статистично виявлену частоту їх виникнення в більшості людей у певній ситуації за відповідний проміжок часу (наприклад, якщо п'ять із дев'яти ознак депресії спостерігаються у людини впродовж двох тижнів і більше, то лише такий стан визнається розладом); 2) наявність станів, що заважають людині

адекватно реалізовувати поставлені перед собою цілі й тому завдають їй шкоди (так звані «дисфункціональні стани»); 3) типи поведінки, від яких страждає та отримує фізичну шкоду сам індивід або приносять страждання й фізичну шкоду оточуючим його людям.

Психологічні феномени та психопатологічні симптоми

Наявність змін у психічній діяльності або поведінці та оцінювання їх як порушень ще не є підставою трактувати їх в термінах «розлад» або «хвороба». Необхідно зазначити психологічні феномени (індивідуально-особистісні особливості функціонування) та психопатологічні симптоми можуть мати певну схожість. Наприклад, досить складно розмежувати: а) поведінку людини, що бореться за справедливість, дотримання прав людини та законів; б) сутяжництво, яке полягає в прагненні одержувати задоволення від процесу суперечок, тяжби, конфліктів через сам принцип, а не через результат; в) паранояльні думки, коли людина вважає, що оточуючі негативно ставляться до неї та намагаються завдати їй шкоди, внаслідок чого така людина буде прагнути захиститися від ворожого оточення через звернення до суду.

Без аналізу соціального середовища, особливостей особистісного розвитку та особистісних чинників (переживання, мотивація тощо) поведінки розмежувати психологічні та психопатологічні феномени практично неможливо.

Найбільш вдале рішення цієї проблеми було запропоновано К. Ясперсом на початку ХХ ст. Будь-який психічний стан К. Ясперс розглядав як феномен, тобто як цілісне переживання поточного моменту, в якому можна виділити два нерозривно пов'язаних між собою аспекти: усвідомлення довкілля (предметна свідомість) та усвідомлення самого себе (самосвідомість). Отже, лікар або психолог має два шляхи для оцінювання психічного стану пацієнта, кожен з яких є винятково суб'єктивним: а) уявлення себе на місці іншого (у цьому разі – клієнта або пацієнта); б) розгляд умов, за яких ці ознаки

виявляються пов'язаними між собою в певній послідовності. Іншими словами, для розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів важливо виявити логіку, за якою пацієнт буде причинно-наслідкові зв'язки у власній свідомості, з одного боку, та між тим, що пацієнт вважає за необхідне робити.

Із цього визначення К. Ясперса Куртом Шнайдером був виведений перший принцип розмежування: психопатологічним симптомом визнається лише той, що може бути доведений як патологічний. Згідно з принципом К. Шнайдера, завжди необхідно порівнювати дві логіки: зовнішню логіку поведінки пацієнта та логіку пояснення цієї поведінки самим пацієнтом. Тоді перед психологом ставиться одне завдання: довести, на підставі яких ознак він визнає суб'єктивну логіку пацієнта, яка йде врозріз із зовнішньою логікою пояснення поведінки.

Нормальне пояснення подій має задовольняти таким умовам адекватності:

- аргументи (підстави, на які спирається психолог або пацієнт), що пояснюють стан і поведінку пацієнта, повинні бути логічно коректні;
- події, що описуються пацієнтом, повинні мати емпіричний, реальний зміст (або бути ймовірними подіями за певних допустимих обставин);
- ступінь імовірності в клінічній психології часто визначається за принципом аналогії – подія тим імовірніше, чим більше схожості бачить психолог у тому, про що розповідає пацієнт, з тим, що буває з більшістю інших людей, а також із тим, що йому вже відомо про речі, які розповідаються);
- твердження пацієнта повинні бути переконливо доведені.

Як видно з характеристики умов адекватності, в клінічній практиці важко знайти людей, твердження яких могли б задовольняти останню вимогу – переконливості.

Тому як додаткові ознаки розмежування норм і розладів К. Ясперс пропонує виділяти такі:

- наявність характеристик поведінки та особистості

пацієнта, які явно привертають увагу (хімерність, демонстративність, ексцентричність);

- раптовість їх появи у відносно короткий період (водночас подібні характеристики раніше не були наявні в особистості та поведінці людини);
- поява додаткових (позитивної або негативної симптоматики психічної діяльності), а також соматичних явищ, що супроводжуються різними незвичайними тлумаченнями;
- зниження рівня критичності.

Ще один підхід до критеріїв, що могли б допомогти диференціювати нормальний та аномальний психічний стан запропонувала Н. Л. Белопольска. Розглянемо детальніше ці критерії:

Неадекватність – невідповідність проявів психічної діяльності ситуації, в якій перебуває суб'єкт. Неадекватність виявляється в емоційних реакціях, поведінці, мовних висловлюваннях, міміці, жестах.

Некритичність – зниження або повна відсутність критичного оцінювання суб'єкта власних вчинків, фізичного та психічного стану, поведінки, висловлювань, результатів своєї діяльності тощо.

Непродуктивність діяльності – виражається у відсутності інтересу до результатів своєї діяльності, в центрі уваги людини є процес як такий. Дуже часто це проявляється в здійсненні неефективної рухової активності. Водночас власне діяльність для людини не має сенсу, як і її результат.

Етапи та чинники виникнення психологічних порушень

Виділяють такі основні фази розвитку психологічних порушень: пре- і перинатальна (до і під час пологів), фаза первинної соціалізації, фаза безпосередньо перед виникненням розладу (продромальна), дебют та фаза після виникнення розладу.

У першій фазі – до і під час пологів, критичне значення для подальшого розвитку психічних розладів мають генетичні

чинники (вроджені особливості мозкових механізмів психічної діяльності), вплив токсичних, інфекційних агентів під час вагітності, характер перебігу пологів та особливості породіллі, ставлення батьків до майбутньої дитини (та новонародженого) і характер їх взаємодії з немовлям, характер стосунків у сім'ї новонародженого, екологічні чинники.

У *другій фазі* – первинної соціалізації, розвиток психічних порушень може розпочатися на фоні інфекції, що спричиняє негативний вплив на мозок (прямий або токсичний). З іншого боку, провідну роль на цьому етапі починають мати соціально-психологічні чинники: характер відносин із батьками та однолітками (жорстоке поводження, сексуальні зловживання, відторгнення, емоційна депривація тощо), стиль виховання в сім'ї.

У цілому, перша та друга фази формують вразливість (біологічну та особистісну у вигляді набору специфічних рис характеру) до розвитку психічних розладів.

Подальша можливість виникнення розладу залежить вже від дії пускових (тригерних) чинників: якщо вразливість низька, то буде потрібна дія істотних пускових чинників, якщо ж вразливість висока, досить буде і менших за силою пускових чинників. Не завжди наявність уразливості (несприятливих чинників у пренатальній фазі та фазі соціалізації) пов'язана з обов'язковим розвитком психічного розладу або інших відхилень, оскільки в процесі соціалізації на особистість діють різні соціальні агенти. Людина завжди включається в декілька систем соціальних зв'язків і відносин із різними характеристиками, водночас важливу роль відіграє ідентифікація себе з тією чи іншою системою відносин, а також смислові та ціннісні значення, що приписує людина цим системам або людям, з якими здійснюється взаємодія. Наприклад, незадоволена в родині потреба у визнанні та автономності особистості може бути задоволена в системі відносин з іншими родичами або однолітками, водночас своїми «справжніми» батьками дитина може вважати зовсім не «паспортних» маму і тата, а бабусю та

дідуся або інших авторитетних дорослих.

На продромальній фазі розвитку психічних розладів починається дія пускових чинників хвороби. Основним пусковим чинником тут є психологічний стрес, що виникає внаслідок різкої зміни звичних умов або ходу життя людини. Розлад можуть викликати як одноразовий стрес, так і вплив періодичних стресових подій. Значною мірою на виникнення стресу в людини впливає її особисте відношення до певної події: одна й та сама подія може для однієї людини носити стресовий характер, а для іншої – ні. На цій фазі необхідно розрізняти шкідливі (провокувальні) та протективні (захисні) чинники.

Дебют – перший прояв хворобливих ознак розладу, коли в людини вже не спрацьовують звичні способи подолання стресових ситуацій, унаслідок чого настає стан дезадаптації, тобто спостерігаються неадекватні поведінкові прояви певним життєвим обставинам.

Фаза після виникнення розладу (дебюту хвороби) пов'язана з дією чинників, що підтримують порушений перебіг психічної діяльності (поведінки). Тут також необхідно розрізняти шкідливі (що сприяють розвитку розладу) і протективні (що заважають розвитку розладу) чинники.

Відповідно до біопсихосоціальної моделі хвороби, більшість психічних і поведінкових розладів мають багатофакторну природу. Навіть якщо в разі будь-якого конкретного захворювання провідною причиною виникнення розладу є одна чітко доведена біологічна причина (наприклад, генетична аномалія), то за актуальний психологічний стан відповідає цілий ланцюжок обставин, що накладаються на індивідуальні особливості. Досить часто проблемність тієї чи іншої біологічно зумовленої особливості людини визначається не стільки фізіологічними механізмами, що відповідають за цю особливість (психічної діяльності або поведінки), скільки ставленням інших людей до цієї «іншості», «несхожості» індивіда, а також її урахуванням під час організації соціальної взаємодії «іншої» людини зі звичайними «нормальними»

(«правильними») людьми.

Отже, на виникнення психічних розладів і порушень поведінки впливають різні чинники: генетичні, біохімічні, нейрофізіологічні, психофізіологічні, особистісні, соціально-психологічні, соціальні. Розглянемо їх докладніше.

Генетичні чинники визначають мозкові структури та механізми «інструментів» психічної діяльності та відповідають за діапазон індивідуальних відмінностей у поведінці людини. Психічні розлади зазвичай пов'язані з дією не одного, а декількох генів. У сучасній психогенетиці є припущення, що виникнення психічних розладів є необхідним наслідком генетичного різноманіття виду *Homo Sapiens*, оскільки люди з відхиленнями від середньостатистичного «нормативу» психічних функцій виконують роль своєрідного природного «резервуару», за рахунок якого в природі підтримується рівень поширеності та ступінь вираженості певних психічних функцій. Наприклад, завдяки наявності людей із спадковою схильністю до розвитку шизофренії в загальній популяції підтримується достатній рівень поширеності та оптимальна ступінь розвитку мозкових механізмів, що забезпечують креативні здібності розумової діяльності. Необхідно зазначити, що не сама схильність до патології, а пов'язаність генів шизофренії з іншими генами визначає можливість розвитку психічного розладу, оскільки ці гени в зв'язках з іншими («стримувальними») генами є і у психічно здорових людей, відповідаючи за функціонування їх когнітивних здібностей.

Біохімічні чинники відповідають за швидкість та ефективність передачі нейронних імпульсів і характер взаємодії нервових клітин між собою. До біохімічних чинників належать біогенні аміни (дофамін, норадреналін, серотонін) і амінокислоти, діяльність ендокринної та імунної систем. Дофамін забезпечує доцільну та цілеспрямовану поведінку за рахунок регулювання процесів сприйняття, уваги та пізнання. Надмірне зниження або підвищення функціонально оптимального для звичайного середовища проживання людини

рівня дофаміну може призвести до порушення психічної регуляції процесу взаємодії організму та довкілля. Норадреналін має функцію активації, синхронізації та узгодження різних нейронних процесів, забезпечуючи концентрацію уваги, неспання, емоційного фону настрою. Серотонін виконує протилежну функцію інактивації нейронних процесів, відповідаючи за розслаблення, спокій і сон. Нерідко психічні розлади пов'язані зі зміною оптимального балансу норадреналіну та серотоніну. Різноманітні амінокислоти забезпечують необхідний рівень збудження нейронних процесів, пов'язаних із навчанням і пам'яттю, а також виконують функції інгібіторів. Ендокринні процеси забезпечують адаптивні здібності до психоемоційних навантажень, оптимізують здатність ЦНС реагувати на зовнішні стимули, мобілізують енергетичні резерви організму під час стресів. На сьогодні найбільш вивчені впливи ЦНС на характер імунних процесів: психоемоційний стрес призводить до зниження імунних параметрів, що створює вразливість до соматичних та інфекційних захворювань або провокує організм на боротьбу проти своїх власних клітин.

Нейрофізіологічні чинники є матеріальною основою психічних процесів. Будь-який психічний процес – сприйняття, увага, пам'ять, емоції, пов'язаний із певними фізіологічними змінними. Нейрофізіологічні процеси орієнтування та габітуації час повторюваних дій одного й того самого подразника впродовж певного проміжку часу) визначають, що саме обирає людина з безперервного потоку подразників як специфічних, так й інформативних для реалізації своїх цілей ознак середовища. Якщо відбуваються зміни електричної провідності в нейронних ланцюгах, то це може призвести до змін в розпізнаванні тих чи інших характеристик добре знайомого подразника. Розглянемо це на прикладі пам'яті. Пам'ять реалізується за допомогою з'єднань клітин, унаслідок чого виникають «нейронні ансамблі» – конструкції з сукупностей нейронів та їх синаптичних зв'язків, що утворюють порівняно стійку в часі систему. Кожній події,

таким чином, відповідає свій «нейронний ансамбль». Отже, порушення пам'яті можуть бути пов'язані зі спотвореннями «нейронних ансамблів», що зберігають інформацію про події.

До психофізіологічних чинників психічних розладів належить загальна фізіологічна активність організму, що впливає на перебіг психічних процесів. До психофізіологічних чинників належать: діяльність центральної та периферичної нервової систем, нервово-м'язова активність, діяльність серцево-судинної, дихальної, кишково-шлункової, ендокринної систем. Усі ці чинники пов'язані з процесами активації психіки в умовах, що спонукають до короткочасних або стійких функціональних змін психічної діяльності. До психофізіологічних чинників також можна віднести тривалі перевантаження – соматичні, емоційні, обумовлені хворобою, які призводять до порушень психічної діяльності. Використовуючи психофізіологічні параметри, можна побачити зміни в переробленні інформації, які відіграють вирішальну роль у клініці деяких психічних розладів, наприклад, шизофренії, під час якої спостерігається знижене гальмування нерелевантних ситуації сигналів, що проникають у свідомість і впливають на психотичну симптоматику.

Особистісні чинники пов'язані з впливом набутих у ході розвитку (соціалізації та виховання) психологічних рис, що підвищують уразливість перед виникненням психічних і поведінкових розладів. Інтегральною особистісною рисою, що забезпечує гнучку адаптацію до різних стресових ситуацій, є здатність подолання стресу (копінг). Опанування пов'язане з наявністю в людини психічних ресурсів, які дозволяють відкрито визнавати наявні проблеми з метою подальшого їх вирішення. У психології існують різні теорії, які розглядають умови виникнення цієї здатності та акцентують увагу на різних аспектах її формування: психоаналіз, теорії соціального навчання, гуманістичні концепції тощо. Загалом здатність до опанування пов'язана з оцінюванням ситуації: вмінням помітити критичні зміни, з якими потрібно впоратися та можливістю оцінити наявні внутрішні та зовнішні ресурси для вирішення проблеми. Замість

опанування, орієнтованого на рішення, людина може вдаватися до стратегії психологічного захисту (опанування лише на емоційному рівні). Здатність до опанування найчастіше розкривається в понятті психологічного типу особистості: поєднанні характерологічних рис, що забезпечують ефективну або неефективну адаптацію до мінливих умов життя. Іншими особистісними чинниками, що формуються в процесі соціалізації, є емоційна стабільність, витривалість (під цим потрібно розуміти систему уявлень про себе та світ, які підтримують людину у взаємодії зі стресовими подіями), самоефективність, локус контролю тощо.

До соціально-психологічних чинників формування психічних розладів належать характеристики спілкування та міжособистісної взаємодії, статусно-рольові позиції в спілкуванні та взаємодії, а також соціальні установки. Вони можуть мати різний рівень впливу на виникнення порушень: пряме, опосередковане, модерзоване, додаткове, підтримувальне. Пряму дію надає такий чинник, як соціальна депривація (позбавлення спілкування та взаємодії з бажаними або необхідними для особистості соціальними об'єктами, позбавлення уваги з боку інших людей, ізоляція). Але найчастіше соціально-психологічні чинники мають значення опосередкованих, модерзованих, додаткових або підтримувальних впливів. Зміна характеристик спілкування та взаємодії в людини з відхиленнями в психічній діяльності найчастіше пов'язана з тим, що соціальне оточення орієнтоване на інші – стандартні, загальноприйняті форми прояву відносин та поведінки. Внаслідок того, що властиві людям із психічними відхиленнями форми спілкування та взаємодії не вписуються в стандартні правила, здорові люди починають уникати спілкування з ними. Така ситуація посилює психологічний дискомфорт (хворобливий стан) осіб із психічними розладами. Часто саме відсутність розуміння поведінкових реакцій («підтримувальної комунікації») осіб із психічними розладами з боку оточення провокує подальший розвиток відхилень і сприяє перетворенню їх у хворобу. Як

приклад можна навести концепцію виникнення поведінкових розладів у людей із шизофренією. Ємпіричні підстави вважати, що поведінкові порушення в шизофреніків виникають унаслідок переважання негативних емоційних реакцій із боку оточуючих людей (родичі, персонал клінік тощо). Чинниками, що можуть спровокувати поведінкові розлади, є критичні коментарі, ворожі зауваження, підвищена емоційна участь, інші негативні висловлювання щодо людини, яка має психічне відхилення. Також потрібно зазначити існування феноменів «виборчої уваги» до людини з відхиленнями та «упереджених висновків» щодо її поведінки. Нерідко саме внаслідок вибіркості уваги те чи інше відхилення починають вважати хворобою. Суспільство навішує на нестандартну поведінку ярлик хвороби, з яким пов'язано виконання хворим певних соціальних ролей. І як результат ми маємо справу з феноменом «самовтілюване пророцтво»: очікування негативних наслідків відхилення призводить до їх появи.

Соціальні чинники пов'язані з характеристиками соціального простору, в якому спільно проживають люди з психічними та поведінковими відхиленнями та люди, поведінка яких не суперечить загально визнаним нормам. До цих чинників належать: доступність допомоги, підтримки, відповідність допомоги реальним потребам і потребам людей із відхиленнями, можливість організації життя з урахуванням індивідуальних особливостей психіки людей із відхиленнями від загальноприйнятих нормативів, матеріальні умови життя (бідні люди хворіють значно частіше). Соціальна нерівність є важливим чинником, що впливає на виникнення та розвиток психічних розладів. Соціальна нерівність означає нерівність життєвих умов і шансів людей, які стикаються з поразкою в правах і обмеженнями в доступі до розподілу благ через свої індивідуально-психологічні особливості. Внаслідок цього одні люди (психічно «здорові», які відповідають нормам) виявляються в кращому становищі, тоді як інші (психічно «хворі») – в гіршому, дискримінованому положенні. Люди з відхиленнями опиняються

в ситуації несприйняття зі сформованого більшістю членів суспільства життєвого стилю, що сприяє розвитку відхилення в таку форму, як «хвороба».

ТЕМА 4. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХІЧНА ПАТОЛОГІЯ

Психічна норма.

Рівні психічного здоров'я.

Симптом і синдром.

Психічна норма

Терміни «норма» і «психічна норма» є складними для визначення. Досить важко виділити чіткі критерії, що є нормальною поведінкою, а що можна віднести до категорії психічного відхилення. Саме тому існують різні підходи до розуміння психічної норми, водночас можуть використовуватися критерії, що виділяються іншими науками.

Адаптаційний підхід. У цьому разі бути психічно нормальним означає бути соціально адаптованим і демонструвати загальноприйнятні та схвалювані стандарти поведінки. Необхідно зазначити, що з позицій соціокультурних нормативів можуть існувати певні поведінкові відмінності в різних соціокультурних умовах, які будуть вважатися нормальними. Такий підхід знайшов своє відображення і в діагностичних критеріях. Зокрема, в американській психіатрії користуються класифікацією DSM–V, в якій нарівні з психопатологічною віссю в діагностиці виділяється і вісь соціального функціонування. Наприклад, у цій класифікації підкреслюється, що не потрібно ставити діагноз «розлад особистості» людині з вираженими нарцисичними та параноїчними рисами характеру в тому разі, коли ці риси сприяють благополуччю цієї людини в суспільстві. З таким підходом не згодні багато фахівців. Наприклад, польський

психіатр і психолог К. Домбровський вважав, що здатність завжди пристосовуватися до мінливих умов є ознакою аструктурної особистості без вираженої ієрархії потреб з ознаками моральної та емоційної незрілості.

Статистичний підхід. Відповідно до цього підходу бути психічно нормальним означає бути «як всі», або відповідати якомусь кількісному стандарту, прийнятому в певному суспільстві. Власне, експериментально-психологічний підхід до діагностики психічних розладів також базується на виявленні відхилень від середньостатистичних показників і використанні їх для пояснення можливих труднощів адаптації особистості. Як приклад можна навести діагностику розумової відсталості, яка вимірюється на основі кількісних показників коефіцієнта інтелекту (IQ).

Культурно-релятивістичний підхід. Відповідно до цього підходу нормальним вважається все те, що відповідає уявленням про норму, що існують у межах конкретної культури. Культуральна психіатрія використовує терміни «поведінкова норма» та «рангова норма». Поведінкова норма – це актуальна, звичайна поведінка, що спостерігається в субкультурній групі. Рангова норма – це ідеальні норми поведінки, які суспільство очікує від осіб, які мають особливу соціальну роль і статус (наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді); такі норми зазвичай більш суворі, ніж норми, передбачувані для інших людей. Бути психічно здоровим і психічно хворим у різних культурах означає різний психічний статус людини. Крім того навіть в одній країні, але в різні історичні періоди, які супроводжуються зміною менталітету населення, поняття про психічну норму та патології змінюється. У наш час більшість дослідників схиляються до думки про те, що психопатологію необхідно розглядати в контексті конкретної культури.

Психопатологічний підхід. За цим підходом бути психічно нормальним – означає не мати виражених психопатологічних симптомів. Цей підхід характерний для європейської культури, де наявність психопатологічного симптому (наприклад,

галюцинацій) розцінюється як ознака хвороби. Такий підхід не прийнятний для деяких культур Сходу, де марення та галюцинації розглядаються як особливий дар і благословення духів.

З точки зору *психіатрії* під психічною нормою розуміється такий стан психіки, за якого людина повністю розуміє сенс своїх дій і вчинків і несе відповідальність за них. Під час визначення психічної норми і психічного здоров'я зазвичай дотримуються формулювання ВООЗ: «здоров'я – це не лише відсутність хвороб, а й стан фізичного, соціального та психічного благополуччя».

З іншого боку, *психологія*, виходячи з того, що вона є самостійною наукою, безумовно, потребує власного визначення психічної норми. Саме тому в другій половині ХХ століття в психології починається переосмислення проблем психічного здоров'я та патології, що проявилось в переході від властивого психіатрії та психопатології протиставлення нормальних і хворобливих станів до дослідження процесу становлення і саморозкриття особистості.

Е. Фромм виділяв п'ять соціальних типів характеру, які він розділив на два великих класи: непродуктивні (нездорові) та продуктивні (здорові) типи. До категорії непродуктивних належать рецептивний, експлуатуючий, накопичувальний і ринковий типи характеру. До категорії продуктивних належить тип ідеального психічного здоров'я в розумінні Фромма. Вчений зазначав, що жоден із цих типів характеру не існує в чистому вигляді, оскільки непродуктивні та продуктивні якості поєднуються в людини в різних пропорціях.

Рецептивні типи переконані в тому, що джерело всього хорошого в житті перебуває поза ними самими. Вони є залежними та пасивними, не здатні робити будь що без сторонньої допомоги. Рецептивних індивідуумів можна охарактеризувати як пасивних, довірливих і сентиментальних.

Експлуатуючі типи беруть все, що їм потрібно або про що вони мріють, силою або винахідливістю. Вони теж нездатні до творчості, і тому домагаються любові, володіння, ідей і емоцій, запозичуючи все це у інших. Негативними рисами

експлуатуючого характеру є агресивність, гордовитість, самовпевненість та егоцентризм. До позитивних якостей належать упевненість у собі та почуття власної гідності.

Накопичувальний тип бажає володіти якомога більшою кількістю матеріальних благ, влади та любові. На відміну від перших двох типів, «накопичувачі» тяжіють до минулого, їх відлякує все нове. Втім у них є і деякі позитивні особливості – передбачливість, лояльність і стриманість.

Ринковий тип виходить із переконання, що особистість оцінюється як товар, який можна продати або вигідно обміняти. Ці люди зацікавлені в збереженні приємної зовнішності, знайомствах із потрібними людьми та готові продемонструвати будь-яку особистісну рису, яка підвищила б їх шанси на успіх у процесі продажу себе потенційним замовникам.

Продуктивний тип являє собою варіант нормальної особистості. Ця людина має такі характеристики: незалежність, чесність, альтруїзм, відповідальність, схильність до творчості.

На думку Е. Еріксона, умовою психічного здоров'я особистості є цілісне Его, яке є результатом тривалого формування психосоціальної ідентичності в онтогенезі.

А. Адлер як один із критеріїв оцінювання психічного здоров'я індивідуума виділив наявність соціального інтересу, посилаючись на нього, як на показник нормальності. Тобто з позиції Адлера життя людини є цінним лише тією мірою, якою воно сприяє підвищенню цінності життя інших людей. Лише здорові люди здатні по-справжньому турбуватися про інших.

К.-Г. Юнг вважав, що необхідною умовою досягнення психічного здоров'я є інтеграція всіх підструктур особистості в узгоджене ціле, тобто «набуття Самотності». Безпосередньо процес інтеграції сукупності протидіючих внутрішньоособистісних сил і тенденцій Юнг назвав «індивідуацією». У разі досягнення інтеграції всіх аспектів особистості людина відчуває єдність, гармонію та цілісність.

Р. Олпорт дав такий опис здорової (зрілої) особистості: має широкі межі «Я», може подивитися на себе збоку, активно бере

участь у трудових, сімейних і соціальних відносинах, здатна до теплих, сердечних соціальних відносин (існує два різновиди таких відносин: дружня інтимність і співчуття), демонструє емоційну терпимість, має зрілу самооцінку, реалістично сприймає життя, здатна до самопізнання та саморозвитку, відрізняється почуттям гумору.

А. Маслоу вважав здоровою особистістю людину, яка здатна розвивати свій потенціал, із високим рівнем самоактуалізації. Самоактуалізованій особистості притаманні такі якості, як прийняття інших, автономія, спонтанність, чутливість до прекрасного, почуття гумору, альтруїзм, схильність до творчості. Для Маслоу здорова особистість та, яка вміє реалізувати свої таланти, здібності та потенціал.

Н. Д. Лакосіна і Г. К. Ушакова виділяють 15 критеріїв (фізичних, психологічних, соціальних) здорової особистості. Це такі критерії: детермінованість і гармонійна структурованість психічних процесів; зрілість емоційної сфери, що відповідає віку особистості; суб'єктивне сприйняття світу відображає його об'єктивні характеристики; відповідність реакцій (як фізичних, так і психічних) силі й частоті зовнішніх подразників; відповідність рівня домагань реальним можливостям індивіда; почуття стабільності та ідентичності переживань в однотипних обставинах; здатність планувати свій життєвий шлях тощо.

У психології, таким чином, психічне здоров'я особистості розглядається як цілісна структура. Наприклад, В. А. Лабунська психічне здоров'я визначає як одну з інтегральних характеристик особистості, пов'язану з її внутрішнім світом і з усім різноманіттям взаємин з оточенням. Основними показниками наявності психічного здоров'я в особистості є її внутрішня цілісність та узгодженість структурних компонентів, гармонійна включеність у соціум і прагнення до самоактуалізації.

Рівні психічного здоров'я

Між умовними полюсами «психічна норма» і «психічний розлад» є велике поле індивідуальних особливостей, аномалій

розвитку тощо.

С. Б. Семічев виділив п'ять ступенів стану психічного здоров'я.

Ідеальна норма або еталонне здоров'я – стан, за якого ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів або психічної дезадаптації дорівнює нулю. Теоретично мається на увазі, що всі численні показники, що характеризують стан психічного здоров'я людини, відповідають еталонній нормі, існує повна психосоціальна адаптація індивіда, особистість гармонійно розвинена.

Середньостатистична норма – стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції. Ці характеристики виділяються під час вивчення конкретної популяції (з урахуванням статі, віку, соціального стану, соціокультурних особливостей регіону проживання тощо). У цьому стані є ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів, а також психічної дезадаптації, що різко зростає за часів історичних перетворень, а також у кризові періоди життя людини та під час макросоціальних потрясінь.

Необхідно зазначити той факт, що стан, який для однієї популяції може вважатись як середньостатистична норма, для іншої – є показником психічного або поведінкового розладу. Наприклад, невиражені інтелектуально-мнестичні порушення в осіб похилого віку вкладаються в показники середньостатистичної норми для цієї вікової групи, але, з іншого боку, свідчать про наявність певних когнітивних розладів у осіб молодого віку.

Конституційна норма. Кожен конституційний тип схильний до певного типу психологічного реагування, а також до певного кола психічних і поведінкових розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні чинники, щодо яких він є вразливим найбільшою мірою. Так, особам із шизоїдною конституцією притаманні холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; особам із циклотимічною конституцією – зміна настрою від веселощів до пригніченості.

Акцентуація – варіант психічної норми, який характеризується особливою виразністю або загостренням деяких рис характеру, що, в свою чергу, визначає специфіку прояву в людини певних психічних і поведінкових розладів.

Передхвороба – це стан, за якого вже є деякі симптоми психічних розладів (зазвичай – це невротичний та афективний рівень), але соціальна адаптація ще збережена або порушена лише частково. За даними різних епідеміологічних досліджень встановлено, що передхворобливий стан у популяції досягає від 22 % до 89 %. Найчастіше трапляються астеничні розлади (головний біль, розлади сну, підвищена стомлюваність, дратівливість, запальність) та афективні розлади (емоційна лабільність, тривога, дисфорії).

Необхідно зазначити, що в МКХ – 10 відсутнє поняття «психічна хвороба». У понятійний апарат сучасної психіатрії введено визначення «психічний розлад». У МКХ – 10 та DSM–V під психічним розладом розуміють певний хворобливий стан із психопатологічними або поведінковими проявами, пов'язаний із порушенням функціонування організму внаслідок впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних чинників. Психічний розлад визначається за ступенем відхилення від взятого за основу поняття психічного здоров'я.

Отже, наявність або відсутність психічного розладу визначається в кінцевому підсумку тими уявленнями про психічне здоров'я, які існують у певний історичний період, а також домінуючими концепціями в галузі психіатрії та суміжних із нею дисциплін.

Наразі офіційно існує два типи класифікацій психічних розладів: окремі національні класифікації в кожній країні та міжнародні класифікації, що розробляється в межах Всесвітньої організації охорони Здоров'я (ВООЗ) та регулярно оновлюються.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду перегляди проводилися 1 раз на 10 років. Нове видання МКХ було

подано на затвердження Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в 2019 році, а чинності воно набуло з 1 січня 2022 року.

Класифікацією хвороб користуються лікарі, медичні сестри, наукові дослідники, статисти та кодувальники медичної інформації, оператори інформаційних технологій, страхові компанії, організації та офіційні спільноти пацієнтів, різні постачальники медичної допомоги. МКХ (10-го перегляду) перекладено 43 мовами і використовується в 117 країнах. Такі самі показники очікуються у межах використання 11-го перегляду МКХ.

Симптом і синдром

Симптом – об'єктивна або суб'єктивна ознака соматичної або психічної дисфункції, а також порушення поведінки індивіда. Не кожна ознака розладу є його симптомом. Наприклад, глибокі зітхання, властиві депресивним пацієнтам – це ще не симптом депресії. Симптомом є лише така ознака, що виразно свідчить про факт розладу.

Щоб та чи інша ознака могла відігравати роль симптому, вона повинна задовольняти таким критеріям:

Симптом – це феномен, який за кожного його повторення розпізнається як ідентичний. Так, симптом «вже пережитого» кожного разу проявляється як відчуття повторення того, що відбувається в цей момент, а також відчуття того, що індивід із таким явищем вже стикався колись у минулому.

Симптом – це певна конфігурація двох і більше ознак. Ось, наприклад, симптом грамофонної пластинки Майер-Гросса. Його утворюють: (1) стереотипне та (2) невпинне (3) повторення з (4) незмінними інтонаціями через (5) певні інтервали часу (6) одного й того самого повідомлення.

Симптом – найістотніша клінічна інформація про причину або механізм розвитку певного розладу. Галюцинація, наприклад, свідчить про ті порушення, за допомогою яких з'являється помилковий образ уявлення, що перетворюється потім у феномен, ідентичний для пацієнта наочному образу чогось наявного в

дійсності.

Потрібно зауважити, що крос-культуральні дослідження виявляють значні відмінності в тому, як деякі симптоми показують один і той самий розлад. Депресія в австралійських аборигенів не супроводжується, наприклад, такими психологічними порушеннями, як почуття провини, ідеї самозвинувачення та суїцидні тенденції. Основними симптомами такої депресії є порушення сну, втрата апетиту, вегетативна дисфункція, зниження ваги та згасання сексуальної потреби, а агресивні прояви здебільшого бувають спрямовані на оточуючих, а не на самого себе. У подібних культурах відсутнім є навіть саме поняття депресії.

Синдром – сукупність симптомів, що мають загальний механізм розвитку. Сам собою симптом поза синдрому позбавлений клінічного сенсу. Окремі розлади психічних функцій трапляються в більшості здорових індивідуумів. Патологічні явища мають системний характер і виражаються у формі синдромів. Із синдромів і закономірної послідовності їх зміни – патокінезу», складається клінічна картина захворювання в його статичі та динаміці.

Від «синдрому» потрібно відрізнити поняття «симптомокомплекс». Під *симптомокомплексом* частіше розуміють сукупність симптомів, властивих цьому захворюванню. Термін «синдром» найчастіше використовують для опису усталених закономірностей, дуже часто синдроми носять ім'я вченого, що вперше їх описав (синдром Кандинського – Клерамбо, синдром Дауна), а симптомокомплекс може відрізнитися від сформованого синдрому: наприклад, у синдромі Кандинського – Клерамбо, відсутні деякі симптоми, але наявні інші, що йому не властиві. Іншими словами, синдром – це цілісна й усталена характеристика, а симптомокомплекс – може складатися з абсолютно несподіваного поєднання симптомів.

Психічні хвороби мають певні особливості розвитку. Виділяють загальнопатологічний, властивий усім хворобам стереотип розвитку та нозологічний стереотип, який є типовим

для окремих захворювань.

Загальнопатологічний стереотип розвитку захворювань передбачає наявність загальних закономірностей їх перебігу. На початкових етапах прогресуючих психічних захворювань частіше виявляються невротичні розлади, і лише потім з'являються афективні, маячні та психоорганічні, тобто під час прогресування психічних захворювань клінічна картина неухильно ускладнюється та поглиблюється.

Наприклад, формування клінічних проявів у хворих на шизофренію є таким: на початкових етапах виявляються розлади невротичного рівня, астеничні, фобічні, потім з'являються афективні розлади, маревна симптоматика, що ускладнюється галюцинаціями та псевдогалюцинаціями, приєднується синдром Кандинського – Клерамбо, що супроводжується парафреним маренням і призводить до апатичного недоумства.

Під час об'єднання окремих симптомів у синдром зазвичай використовуються такі принципи:

Ієрархічний принцип: синдром виділяється за найбільш важким із наявних симптомів, тому що інші симптоми будуть природним чином впливати з більш важкого симптому. Наприклад, якщо в пацієнта є галюцинаторно-маячна симптоматика й тривога, то швидше за все тривогу можна пояснити наявністю марення та галюцинацій (страшно через переслідування), якщо в пацієнта є тривога та прояви підвищеної стомлюваності, то стомлюваність можна пояснити напругою, пов'язаною з тривоگوю.

Опора на можливий патогенез. У разі, якщо симптоми в пацієнта мають загальний патогенез, може бути достатнім виділення у пацієнта одного синдрому.

У деяких випадках всю клінічну симптоматику пацієнта неможливо пояснити лише одним патогенезом. У зв'язку використовують поділ всіх психопатологічних симптомів на дві групи (позитивні та негативні), які можуть відображати різні патогенетичні механізми.

Позитивні (продуктивні, плюс-симптоми) – ті симптоми, що відсутні в здоровій людини, але з'являються у хворій

внаслідок певних розладів (наприклад, галюцинацій, марення, тривоги тощо).

За *рівнем вираженості* виділяють таку послідовність позитивних синдромів:

- емоційно-гіперестетичні розлади;
- афективні (депресивні та маніакальні);
- невротичні (нав'язливості, істеричні, іпохондричні);
- паранояльні (вербальний галюциноз, галюцинаторно-параноїдні, парафренні, кататонічні);
- затьмарення свідомості (делірій, аменція, сутінки);
- парамнезія;
- гарячкове марення;
- психоорганічні розлади.

Негативні (мінус-симптоми, дефект) *синдроми* – зменшення або випадання психічних функцій, наявних у здорових (наприклад, амнезія, деменція, апатія тощо).

Негативні психопатологічні синдроми подані у такій послідовності (за критерієм тяжкості):

- виснаження психічної діяльності;
- суб'єктивно усвідомлювана зміненість «Я»;
- об'єктивно обумовлена зміненість особистості;
- дисгармонія особистості;
- зниження енергетичного потенціалу;
- зниження рівня особистості;
- регрес особистості;
- амнестичні розлади;
- тотальне недоумство;
- психічний маразм.

Зазначені групи симптомів мають різний патогенез. Негативні симптоми (симптоми випадіння) пов'язані з втратою мозкової тканини або руйнуванням психічних функцій, у багатьох випадках вони є стійкими та незворотними. Позитивні симптоми пов'язані з тимчасовими «функціональними» порушеннями в діяльності мозку, тому зазвичай вони мають кращий прогноз.

Якщо в одного пацієнта наявні симптоми з різних груп, то, можливо, вони мають різне походження та динаміку, тому вони повинні бути об'єднані в два різних синдроми (наприклад, під час шизофренії в багатьох пацієнтів одночасно може спостерігатися галюцинаторно-маячний синдром та апато-абулічний синдром).

Зазвичай негативні розлади характеризуються такими синдромами: астенічною або цереброастенічною зміною особистості, що містить психопатоподібні розлади, які під час психогенних захворювань проявляються у вигляді патохарактерологічних розладів. Негативні розлади під час екзогенно-органічних захворювань характеризуються психопатоподібними змінами особистості, що проявляються надмірною насиченістю переживань, неадекватністю по силі та вираженістю емоційних реакцій та агресивністю поведінки.

Під час шизофренії зміни особистості характеризуються емоційним збідненням і дисоційованістю емоційних проявів, їх розладженістю та неадекватністю. З іншого боку, в хворих на шизофренію не страждає пам'ять, проте добре відомі випадки, коли хворі, довго перебуваючи у відділенні, не знають імені лікаря, сусідів по палаті, не можуть назвати дати. Ці розлади пам'яті не справжні, а обумовлені афективними порушеннями.

Психопатологічні синдроми за критеріями дезорганізації психічної діяльності та соціальної дезадаптації поділяють на психотичні та невротичні.

Психотичні розлади (психози) мають такі характеристики:

- глибоке спотворення картини реального світу в свідомості пацієнта. Це може бути викликане депресією, маренням, галюцинаціями та іншими важкими порушеннями психічної діяльності;
- важкі порушення поведінки, пов'язані з нездатністю пацієнта врахувати вимоги реальності та використовувати здорові тенденції власної особистості;
- нерозуміння пацієнтом факту власного психічного розладу або, іншими словами, відсутність критичного ставлення до захворювання (анозогнозія).

Психотичний стан є небезпечним як для оточуючих (агресія), так і для хворого (аутоагресія). За наявності психотичного стану факт психічного захворювання не викликає зазвичай сумнівів в оточуючих, включаючи близьких пацієнта. Серед психіатричних пацієнтів питома вага психотичних хворих є порівняно невисокою. Навіть із урахуванням станів вираженого недоумства (деменція, важкі ступені олігофренії) він не перевищує 15–20 %.

Критеріями *непсихотичного* реєстра психічного ураження є такі:

- збереження пацієнтом здатності до реалістичного відображення дійсності. Спотворення загальної картини світу та окремих сторін життя можливі й тут, але вони до певної міри доступні корекції минулим і наявним досвідом;
- адекватна в цілому соціальна поведінка, що базується на урахуванні реальних відносин і домінуванні здорових тенденцій особистості;
- досить повне або, у всякому разі, адекватне розуміння пацієнтом факту наявних у нього психічних відхилень, усвідомлене прагнення до їх подолання та компенсації.

ТЕМА 5. ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

Поняття та підходи до психосоматичних розладів.

Класифікація психосоматичних розладів.

Поведінка та захворювання.

Поняття та підходи до психосоматичних розладів

До *психосоматичних* належать розлади функцій органів і систем, у походженні та перебігу яких провідна роль належить впливу психотравмувальних чинників (стрес, різного роду конфлікти, кризові стани тощо). До психосоматичних

захворювань відносять гіпертонію, тиреотоксикоз, нейродерміт, бронхіальну астму, деякі форми ревматоїдного артриту, виразковий коліт, виразкову хворобу, захворювання серцево-судинної системи, зокрема ІХС, інфаркт міокарда, велику кількість шкірних та уrogenітальних захворювань, мігрень, нервову анорексію, нервову булімію, кардіоспазм, а також деякі форми психогенного ожиріння.

Виділяють *психосоматичні реакції* та *психосоматичні захворювання*.

Психосоматичні реакції можуть траплятися в здорових людей як поодинокі, ізольовані реакції організму на ті чи інші стресові моменти, тобто їх ще не можна віднести до патології, але за певних умов ці одиничні психосоматичні реакції можуть стати початком психосоматичного захворювання.

Згідно сучасних уявлень, до психосоматичних захворювань і розладів відносять:

Конверсійні симптоми. Це зміна або втрата сенсорної чи моторної функції, що на перший погляд свідчить про наявність фізичного (органічного) порушення, але ці порушення не виявляються під час детальних обстежень. Це означає, що такі симптоми є вираженням психологічного конфлікту або психологічної потреби. Конверсійні симптоми часто імітують таке неврологічне захворювання, як втрата чутливості, яка може супроводжуватися різким звуженням поля зору, сліпотою, глухотою, втратою нюху, втратою чутливості в різних частинах тіла. Деякі форми паралічу або втрати моторної функції (нездатність рухати кінцівками, втрата голосу, неспроможність ходити або стояти) також є проявом конверсійного симптому.

Функціональні синдроми. У цій групі перебуває переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із різноманітною картиною скарг. Пацієнти скаржаться на проблеми з серцево-судинною системою, шлунково-кишковим трактом, руховим апаратом, органами дихання або сечостатевої системи. Зазвичай у таких хворих під час дослідження фіксуються лише функціональні порушення окремих органів або

систем; будь-які органічні зміни зазвичай не виявляються.

Психосоматози – психосоматичні хвороби у більш вузькому сенсі. В основі їх – первинна тілесна реакція на конфліктне переживання, яке супроводжується патологічними порушеннями в органах. Захворювання, пов'язані з органічними змінами, прийнято називати істинними психосоматичними хворобами, або психосоматозами. Спочатку виділяли 7 психосоматозів: бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз.

Теорії психосоматичних розладів

Кортико-вісцеральна теорія (І. М. Сеченов та І. П. Павлов).

Відповідно до цієї теорії, пусковими механізмами психосоматичних розладів можуть бути чинники зовнішнього та внутрішнього середовища або порушення екстеро- і інтероцептивної організації відчуттів, що призводить до конфлікту між збудженням і гальмуванням у корі та підкіркових утвореннях. Автори цієї теорії вважають, що носіями психосоматичних розладів є особистості з слабким або сильним невірноваженим типом нервової системи.

Концепція «Десоматизації та ресоматизації» (М. Шур)

В основі зазначеної концепції перебуває уявлення про нерозривний зв'язок соматичних і психологічних (емоційних) процесів у періоді раннього дитинства, який слабшає в процесі дорослішання. Іншими словами, для нормального розвитку характерним є процес десоматизації – зменшення з віком впливу емоційних чинників на соматичний стан індивіда. Ресоматизація – це хворобливий варіант розвитку. В інфантильних осіб, схильних до психосоматичних захворювань, відбувається недостатня диференційованість емоційних і соматичних проявів, саме тому в них будь-які емоційні порушення легко трансформуються в соматичні захворювання. Отже, причини

психосоматичних захворювань, на думку автора зазначеної концепції, пов'язані з регресією на більш низький рівень психоемоційного функціонування.

Психодинамічна концепція

У межах цієї теорії захворювання розуміється як результат порушення біологічних і соціальних механізмів адаптації до середовища. Поразка тієї чи іншої системи або органу залежить від змісту несвідомого конфлікту (феномен конверсії). У межах цієї концепції активно розробляється теорія «символічної мови органів», яка стверджує, що асоціальні думки, прагнення, фантазії, спогади, переживання, що суперечать уявленням особистості, будучи усунені зі сфери свідомості за допомогою механізмів витіснення, продовжують чинити значний вплив і проявляються в розладах внутрішніх органів.

Концепція констеляції особистісних рис (Ф. Данбар)

Ф. Данбар припустила, що схильність до психосоматичного захворювання полягає в особливостях особистості людини. Результати 20-річної роботи лікарем-психіатром Данбар узагальнила в книзі «Психосоматичний діагноз», де виділила характерні профілі особистостей, що сприяють розвитку відповідних захворювань: «гіпертонічний», «алергічний» і «схильний до пошкоджень» типи особистості.

Крім того, Данбар звернула увагу на те, що людям, які страждають на різні психосоматичні захворювання, властиві певні загальні риси, а саме:

- схильність до відволікання від реальності та недостатня залученість до поточної ситуації;
- недостатня здатність до словесного опису нюансів своїх емоційних переживань (згодом ця особливість була вивчена в межах концепції алекситимії).

Теорія специфічності Ф. Александера

Ф. Александер припустив, що симптом – це не символічне заміщення неусвідомленого конфлікту, а нормальний фізіологічний супровід певних емоційних станів. Будь-яка емоційна реакція, яка не знайшла виходу в даний момент, має свій

відносно чіткий окреслений соматичний еквівалент. Основні положення теорії Ф. Александера:

Психологічні чинники, що можуть призвести до соматичної хвороби, являють собою установки хворого щодо себе або до довкілля.

Усвідомлені психічні процеси не мають визначальної ролі у виникненні соматичних симптомів, тому що вони можуть бути вільно виражені в словесній формі. Хронічна дисфункція внутрішніх органів викликається лише неусвідомленими психологічними чинниками.

Актуальна життєва ситуація прискорює хворобу.

Алекситимія як чинник психосоматичних захворювань

Термін «алекситимія» (а – відсутність; lexis – слово; – емоція) був введений П. Сифнеосом для позначення провідного, на його думку, психічного розладу, що лежить в основі психосоматичних захворювань – обмеженої здатності індивіда до сприйняття власних почуттів та емоцій, їх адекватної вербалізації та експресивної передачі. Особи з алекситимією мають такі особливості: вони не відчувають утруднень, коли описують фізичні відчуття, але мають проблеми з вербалізацією внутрішніх переживань та емоцій. Алекситимітики відрізняються нерозвиненою фантазією, тенденцією до імпульсивності, бідністю міжособистісних зв'язків. Їх переважаючий спосіб життя – дія. Бесіди з ними супроводжуються зазвичай відчуттям нудьги та безглуздості контакту. За різними даними серед психосоматичних хворих алекситимітики становлять до 64 %.

Теорія стресу в психосоматиці

Відповідно до цієї теорії психосоматичне захворювання є реакцією організму на психологічні перевантаження та являє собою один із проявів неспецифічного адаптаційного синдрому. Необхідно зрозуміти, що не лише несприятливі події можуть викликати реакцію стресу. Не має значення, приємна або неприємна ситуація, в якій опиняється людина. Важлива інтенсивність зовнішніх чинників та їх новизна. У реакції стресу можна виділити кілька стадій, перша з них – оцінювальна. Процес

оцінювання є дуже важливим, тому що від його результатів буде залежати власне виникнення реакції стресу та її специфіка. Якщо стимул сприймається як загрозливий або перевищує можливості людини, починається процес мобілізації. Наступну стадію в розвитку стресу називають стадією виснаження. Вона пов'язана з активізацією парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи та необхідна для відновлення сил організму.

Сучасні уявлення про стрес пов'язують його не лише з роботою вегетативної нервової системи, а й імунної, а також системи пептидної комунікації. Активність симпатичної нервової системи більшою мірою пов'язана з такими, що раптово виникають, сильними емоціями, як гнів або страх. Вона супроводжується викидом у кров катехоламінів (епінефрину і норепінефрину), посиленням захисних функцій імунної системи. Надмірне симпатичне збудження у відповідь на загрозу вважають одним із чинників, що сприяють виникненню серцево-судинних захворювань, виразки шлунка. Парасимпатична нервова система забезпечує збереження та накопичення ресурсів. Унаслідок її активності в кров'яне русло викидаються кортикостероїди (наприклад, кортизол). Парасимпатичні реакції пов'язують із виникненням раку, розсіяного склерозу, депресії (так званих «хвороб невовлеченості»). Вважається, що парасимпатична нервова система найбільшою мірою активізується в ситуаціях хронічного стресу, коли індивід оцінює загрозу як неконтрольовану.

Реакція на стресор буде залежати від того, як він оцінюється індивідом. Якщо стресор розглядається як виклик (випробування людини на міцність), то це може покращувати показники опірності організму внаслідок періодичного збільшення симпатичного збудження, яке переживається як приємне. Якщо ж стресор оцінюється як загроза, то це викликає негативні емоції, може негативно вплинути на здоров'я.

Отже, можливі такі типи фізіологічних реакцій на стрес: Активізація, що поєднується з дистресом. Вона призводить до збільшення секреції катехоламіну та кортизолу. Такого роду

реакція виникає у відповідь на будь-які щоденні дрібні проблеми та пов'язана з переживанням негативних емоцій.

Активізація без дистресу супроводжується збільшенням викиду катехоламіну та зменшенням секреції кортизолу; стан може переживатись як позитивна емоція, збудження, азарт (стресор сприймається як виклик).

Дистрес без зусиль може бути аналогічний стану вивченої безпорадності; супроводжується збільшенням секреції кортизолу. Такий фізіологічний патерн реакції характерний для депресії.

Корисні ефекти стресу обумовлені тим, що він викликає збудження, необхідне для вирішення важкого завдання. Однак, якщо збудження занадто сильне й тривале, здатність людини до адаптації різко знижується.

Що стосується захворювань, які багато дослідників пов'язують зі стресом, то серед них називають: ревматоїдний артрит, астму, рак, ішемічну хворобу серця, діабет, гемофілію, виразку, гіпертонію, інсульт, порушення репродуктивних функцій. Стрес може впливати на стан здоров'я безпосередньо внаслідок того, що він істотно змінює роботу всіх систем організму, наприклад, на стадії мобілізації підвищується артеріальний тиск), а також через зміни в поведінці (наприклад, спостерігаються імпульсивні дії, зловживання алкоголем). Проте цього впливу недостатньо, щоб пояснити виникнення хвороби. Необхідно, щоб індивід був більш, ніж інші люди, вразливий до конкретних стресорів.

Класифікація психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади не являють собою однорідну групу захворювань як за їх характерними проявами, так і за етимологією. Тому розглянемо варіанти класифікації, що найчастіше трапляються в науковій літературі.

Класифікація К. Ясперса

Соматичні відчуття, що існують або можуть бути викликані в будь-якої людини. Для них характерні недиференційованість, слабка усвідомлення. Сюди належать симптоми істерії, біль без

органічної основи, психогенна анестезія, тілесні галюцинації та псевдогалюцинації. Такі відчуття відносять до патологічних унаслідок того, що вони або не мають ніякої тілесної основи, або відображають соматичні процеси з грубим спотворенням, або, навіть, є не стільки відчуттями, скільки продуктами уяви.

Постійні, що супроводжують будь-яку психічну активність, соматичні явища. Зокрема, до них належать фізіологічні прояви емоцій.

Соматичні хвороби, що залежать від особливостей функціонування психічної сфери. До цієї групи належать:

- випадки (маються на увазі істеричні, що іноді виникають унаслідок психічного збудження);
- функціональні розлади органів, наприклад, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, серцевої діяльності, зміни менструального циклу, порушення зору, голосу, слуху, що мають психологічні причини, а також «псевдоневрологічні» прояви (тики, заїкання, тремор);
- соматичні захворювання, наприклад, виразка шлунка, бронхіальна астма;
- розлади «комплексної інстинктивної поведінки». До них належать сексуальні дисфункції, порушення потовиділення, коливання ваги тіла, ендокринні порушення.

Класифікація психосоматичних розладів у психоаналізі

У психоаналітичній літературі пропонується розмежовувати істеричні (конверсійні) симптоми, тілесні симптоми під час неврозів тривоги та психосоматичні за етимологією захворювання внутрішніх органів. До останньої групи відносять виразку шлунку і дванадцятипалої кишки, нейродерміт, бронхіальну астму, ішемічну хворобу серця, есенціальну гіпертонію, ревматоїдний артрит.

У свою чергу Ф. Александер пропонував розмежовувати конверсійний симптом і вегетативний невроз. Конверсійний симптом найчастіше належить до сфери сприйняття та рухів. Він необхідний для «скидання» емоційного збудження. У свою чергу

вегетативний невроз є не засобом усунення психологічного напруження, а реакцією організму на хронічний емоційний стан.

Психіатрична класифікація психосоматичних синдромів
У МКХ–10 подані такі діагностичні категорії:

«*Соматоформний розлад*» (F45), що містить такі варіанти, як соматизація, соматоформна вегетативна дисфункція, соматоформний больовий розлад, іпохондричний розлад. Головною ознакою соматоформного розладу є постійне переживання фізичних симптомів, поряд із постійними вимогами медичних обстежень (всупереч їх негативним результатам). Водночас хворі заперечують психологічне пояснення своїх страждань.

«*Соматизований розлад*» (F45.0) – характеризується множинними, мінливими соматичними симптомами, що постійно виникають і тривають не менше двох років. Скарги можуть належати до різних органів і систем організму:

- шлунково-кишковий тракт (блювота, болі в животі, нудота, здуття живота, понос, непереносимість окремих видів їжі);
- серцево-судинна система (поверхнєве дихання, прискорене серцебиття, запаморочення, болі в області грудей);
- гінекологічна сфера (хворобливі або нерегулярні менструації, блювота під час вагітності);
- шкірна чутливість (свербіж, печіння, поколювання, оніміння, болючість).

Незважаючи на те, що в багатьох випадках у хворих діагностується високий рівень тривоги та депресії, вони не схильні обговорювати психологічні причини своїх тілесних симптомів, а також не скаржаться на емоційні проблеми. Своє занепокоєння та знижений настрій хворі пов'язують із поганим фізичним самопочуттям і відчаєм через неможливість отримати ефективну медичну допомогу.

Іпохондрія» (F45.2). Хворі постійно стурбовані можливістю появи або наявності важкої недуги; часто вони інтерпретують свої

нормальні відчуття як патологічні симптоми. Ступінь переконаності в наявності захворювання змінюється від однієї медичної консультації до іншої. На відміну від пацієнтів із соматизованим розладом, які стурбовані своїми симптомами, іпохондрик боїться захворювання та його наслідків. Такі хворі не схильні вірити лікарям, які намагаються переконати їх. Вони також можуть страждати від тривоги та зниженого настрою.

Соматоформна вегетативна дисфункція» (F45.3) – характеризується скаргами на симптоми вегетативного збудження, локалізовані в будь-якому певному місці (найчастіше – в області серця, шлунково-кишкового тракту і системи дихання), в поєднанні з іншими ознаками вегетативного збудження. Водночас симптоми мають хронічний характер і хворий стурбований неприємними відчуттями, що виходять від різних органів.

Хронічний соматоформний больовий розлад» F45.4) – характеризується важким і гнітючим болем, виникнення якого пов'язане з психологічними причинами, стресом тощо.

Фізичні симптоми також можуть спостерігатися під час тривожних розладів (F41), наприклад, за панічного (F41.0) та генералізованого тривожного розладу (F41.1). Типовими соматичними проявами тривоги є прискорене серцебиття, болі в грудях, запаморочення, відчуття нестачі повітря, тремтіння, м'язове напруження, пітливість, дискомфорт в епігастральній ділянці. Зазвичай під час тривожного розладу зазначені симптоми супроводжуються страхом смерті, божевілля, втрати контролю над собою, неприємних подій, що трапляться в майбутньому.

У МКХ–10 також є діагностичні категорії: «інвалідизації» (F68.1). Зазвичай такі хворі прагнуть привернути до себе увагу, стурбовані своїм станом, незадоволені результатами лікування. Іноді посиленням скаргам сприяє можливість отримати певну матеріальну вигоду. Що стосується симулятивного розладу (F68.1), то в цьому разі людина для

симуляції певних симптомів вдається до самоушкодження (аж до викликання в себе кровотечі або ін'єкції отруйних речовин).

Поведінка та захворювання

Існує досить широкий спектр показників, що відображають відношення людини до захворювання, різноманітні поведінкові реакції. Розглянемо деякі з цих аспектів.

Насамперед перебіг і прояви хвороби залежать від відношення людини до власного захворювання. Виділяють такі поведінкові стратегії:

Стенічна – спостерігається в індивідів з активною життєвою позицією. Хворі активно взаємодіють із лікарем, але, з іншого боку, негативно відносяться до обмежень, що накладає хвороба.

Астенічна – трапляється у хворих зі схильністю до песимізму та недовірливості, але, з іншого боку, вони відносно легші, порівняно з хворими зі стеничною реакцією, психологічно пристосовуються до захворювання.

Раціональна – відбувається реальне оцінювання ситуації та раціональне пристосування до життя в ситуації хвороби.

Існують різноманітні реакції адаптації до хвороби, вони можуть, зокрема, мати компенсаторний характер (штучне обмеження контактів, підсвідоме маскування симптомів, усвідомлену зміну режиму дня, характеру роботи тощо), так і псевдокомпенсаторного характеру (заперечення та ігнорування хвороби).

Реакції на інформацію про захворювання залежать від значення хвороби» для людини. Виділяють такі «образи хвороби» та відповідні реакції на них:

хвороба як загроза; типи реакцій – протидія, тривога, дистанціювання або боротьба;

хвороба як втрата; відповідні типи реакцій – депресія або іпохондрія, розгубленість, горе, спроба повернути до себе увагу, порушення режиму;

хвороба як вигреш; типи реакцій – байдужість, життєрадісність, порушення режиму, ворожість до лікаря;

хвороба як покарання; типи реакцій – пригніченість, сором, гнів.

Хворі можуть по-різному репрезентувати свою хворобу для інших.

Агравація – перебільшення ознак захворювання та суб'єктивних скарг. Таке перебільшення може бути повністю усвідомленим, але воно частіше обумовлене емоційними мотивами більш глибокого походження, наприклад, страхом, недовірою, почуттям самотності, безнадійності, відчуттям, що лікар хворому не вірить. Прикладом агравації може бути твердження людини, яка часто прокидається вночі, що вона взагалі не спить. Мотивація агравації може бути зовнішньою, «об'єктивною» або внутрішньою «суб'єктивною». Приклад зовнішньої мотивації: хворий планує відремонтувати свій будинок, але йому шкода використовувати для цього регулярну відпустку й тому він прагне піти на лікарняний. Приклад внутрішньої мотивації: хворий живе самотньо, страждає на мігрень, від лікаря він не отримує достатньої уваги й тому перебільшує свої скарги, щоб домогтися уваги.

Дисимуляція. Усвідомлюючи свою хворобу, пацієнт свідомо приховує симптоми нездужання та прикладає значні зусилля, щоб приховати їх: продовжує виконувати в колишньому обсязі свої професійні, сімейні, соціальні обов'язки. У лікарській практиці поведінка дисимуляції часто трапляється в тому разі, коли хвороба може вплинути на втрату працездатності, професійного, соціального, матеріального статусу. Поведінка дисимуляції може спостерігатися під час психічних захворювань, що пов'язане не лише зі страхом перед засудженням із боку оточуючих, а й з соціальними наслідками хвороби, що накладають обмеження на можливість займатися певними професіями. Реакція дисимуляції трапляється в онкологічних хворих, які вважають за краще переносити біль і дискомфорт, пов'язаний із хворобою, ніж погодитись піддаватися хірургічному лікуванню, проходити курси хіміотерапії.

Симуляція. Поведінка симуляції не є реакцією на захворювання, оскільки воно відсутнє. Симуляція визначається

як свідоме пред'явлення симптомів хвороби, якою ця особа не страждає. Симуляція спостерігається в тому разі, коли хвороба приносить людині певну вигоду: позбавляє її від необхідності нести військову службу, дозволяє отримати групу інвалідності тощо. Поведінка симуляції спостерігається найчастіше серед таких категорій осіб: або в людей із низьким рівнем освіти, наївних і соціально незрілих, або, навпаки, в осіб досвідчених, таких, які мають медичну освіту або працюють в охороні здоров'я (психологів, педагогів, соціальних працівників), які добре знають про патологічні симптоми, які вони намагаються продемонструвати в певній ситуації.

Госпіталізм. Синдром госпіталізму визначається як сукупність психічних і соматичних розладів, обумовлених тривалим перебуванням індивіда або в лікарняному стаціонарі у відриві від близьких людей, або вдома. Цей феномен вперше був описаний у немовлят і дітей, які довго перебували в лікарні, в цьому разі він був обумовлений в основному розлукою з матір'ю. У межах госпіталізму найчастіше трапляються ознаки, пов'язані з психічною депривацією. Психічна депривація може виявлятися в сенсорній області – бідністю вражень через нестачу різноманітних відчуттів; в емоційній області – за недостатності тепла, любові, емоційної підтримки, а також в інтелектуальній сфері – в зв'язку зі зменшенням стимулів, що сприяють розвитку розумових здібностей.

Наслідком госпіталізму в дітей є: уповільнення психічного та фізичного розвитку, відставання розвитку моторної сфери та мовлення, знижений рівень адаптації до оточення, ослаблений опір до інфекційних захворювань. Наслідки госпіталізму в немовлят і дітей мають довготривалий, навіть незворотній характер, приводячи до смерті у важких випадках. Госпіталізм дорослих характеризується соціальною дезадаптацією, втратою інтересу до праці й трудових навичок, зменшенням і погіршенням контактів з оточуючими, тенденцією до затяжного протікання захворювання.

Нозогенії – це психогенні реакції, обумовлені впливом

психотравмувальних подій, пов'язаних із соматичним захворюванням. Структура нозогеній детермінується психологічними, соціальними, конституційними (характерологічні особливості особистості) та біологічними (соматичне захворювання) чинниками.

У психологічному вимірі важливу роль відіграє ставлення до хвороби, яке передбачає наявність двох полярностей: переоцінювання хвороби, або гіпернозогнозії та недооцінювання хвороби, або гіпонозогнозії.

Відповідно до типології А. Б. Смулевича розглядаються три групи синдромів нозогеній:

Невротичні, характеризуються гіпернозогнозією і гіпонозогнозією. Гіпергнозії виявляються в нав'язливих діях та істероіпохондрії (демонстративність, постійні скарги та супутні конверсійні розлади). Гіпонозогнозія проявляється як дисоціація соматизованої тривоги та недбалого ставлення до лікування.

Афективні синдроми також подані в двох варіантах. Гіпернозогнозія проявляється як синдром іпохондричної депресії. Гіпонозогнозія характеризується як синдром «ейфоричної псевдодеменції».

Патохарактерологічні синдроми. Гіпернозогнозія характеризується проявом надцінних ідей (іпохондрія здоров'я), поряд з яким виділяється синдром «патологічного заперечення хвороби».

ТЕМА 6. ПСИХОЛОГІЯ СОМАТИЧНОГО ХВОРОГО

Поведінка типу А.

Психосоматичні аспекти окремих захворювань.

Поведінка типу А

В останні десятиліття від серцево-судинних захворювань (ССЗ) страждає все більше людей, особливо віком 30–60 років.

Виділяють п'ять основних чинників, що сприяють їх розвитку: нервово-психічне напруження, порушення ліпідного обміну, підвищений артеріальний тиск, куріння, спадковість. Крім того, в межах психосоматики розглядаються психологічні чинники виникнення ССЗ – так звана поведінка типу А (або коронарного типу А). За спостереженнями кардіологів, якщо немає поведінки цього типу, ішемічна хвороба серця (ІХС) до 70-річного віку практично не трапляється, незважаючи на те, що людина може палити, їсти жирну їжу, не робити фізичних вправ. Тому вивчення характеристик особистості з поведінкою типу А, причин її формування та розроблення способів корекції неефективних психологічних і поведінкових характеристик характеризується надзвичайно важливим завданням.

Люди з поведінковим типом А мають такі особливості: високий темп життя для досягнення нечітко сформульованої (часто важкодосяжної) мети; постійне прагнення до порівняння власних досягнень і конкуренції з оточуючими, потреба в постійному кар'єрному зростанні та службовому просуванні; наполегливий пошук визнання; активна участь у різних видах діяльності; спосіб життя в умовах постійного дефіциту часу; висока готовність до дій; нетерплячість і постійний поспіх; відсутність відчуття безпеки; високий темп життя, постійне намагання підвищити власні фізичні та психічні функції; нездатність до релаксації. Крім того, зазначались певні поведінкові характеристики, зокрема, безпредметна ворожість, дратівливість, швидка, гучна та уривчаста мова з акцентуванням окремих слів і виразів, енергійні жести. Часто також спостерігаються швидкість рухів, надмірний поспіх під час вживання їжі.

Протилежний тип поведінки (тип Б) описується не так докладно. Люди, яким притаманна поведінка типу Б, чергують роботу та відпочинок, їм не властивий стан емоційної напруги, вони розслаблені, неквапливі. Розмовляють досить м'яко та спокійно. Безумовно відсутність надмірної активності зовсім не означає, що вони ліниві, пасивні щодо своїх обов'язків або

неефективно працюють.

Поведінка типу А досліджується в межах чотирьох основних напрямків.

Перший напрямок являє собою вивчення складових поведінки типу А та їх співвідношення з клінічними проявами коронарних захворювань. Вважається, що різні прояви ССЗ відповідають різним наборам рис усередині цього типу.

Другий напрямок – це аналіз проявів егоцентризму: підвищена увага до власної персони в людей із поведінкою типу А пов'язується з агресивними реакціями. Дослідники зазначають, що такі люди частіше за інших посилаються на себе, в їхній мові більше займенників «я», «мені», «мій» тощо.

Представники *третього напрямку* використовують концепцію дефіциту контролю для пояснення поведінки типу А. Вважається, що люди зі схильністю до ССЗ використовують специфічні способи оволодіння стресогенними чинниками оточення, мають високу потребу контролювати події, які їм не підвладні.

У межах *четвертого напрямку* розвивається концепція невизначених критеріїв, згідно яких в осіб із поведінкою типу А відбувається підвищена залежність від громадської думки, що змушує їх постійно порівнювати свої досягнення з досягненнями інших. Проте вони використовують при цьому завищені та нечітко визначені критерії оцінювання, результатом чого стає постійна боротьба за успіх і хронічне відчуття дефіциту часу.

Необхідно зазначити, що в концепції поведінкового типу А, який пов'язаний зі схильністю до захворювання ІХС, є як противники, так і прихильники. У цьому разі зупинимося лише на тих фактах, які підтверджені великою кількістю досліджень. Виявлено, що особи з поведінкою типу А частіше схильні до жорстокого поводження з дітьми. Близько 75 % жінок, що проходять курс лікування в зв'язку з тим, що вони катували власних дітей, мали зазначений тип поведінки.

Нечисленні дослідження дозволяють стверджувати, що поведінка типу А формується за життя, під впливом чинників

середовища, а не визначається спадково. Зокрема, недостатня турбота про дитину, поганий догляд за нею з боку батьків у дитинстві ведуть у майбутньому до більш частого залучення людини в ситуації, що характеризуються високим ступенем ризику. Це також може бути пов'язано з тим, що такі люди частіше ставлять перед собою важкодосяжні цілі. До чинників, що сприяють розвитку поведінки типу А, іноді також відносять прагнення досягти соціальної адаптації в школі, нетерплячість і дратівливість. Водночас наявність поведінки типу А не корелює з успішністю в навчанні.

Встановлено, що поширеність поведінки типу А варіює залежно від соціокультурних характеристик групи, від обраної професії, рівня освіти. Такий тип поведінки, наприклад, частіше трапляється в сім'ях із високим річним доходом, у службовців і працівників на керівних посадах, ніж у робітників.

Риси, властиві поведінці типу А можна спостерігати вже в дітей віком 6–11 років. Відбуваються також статеві відмінності: хлопчики більш нетерплячі, агресивні, більше схильні до змагальних ситуацій, амбітні порівняно з дівчатками.

Поряд із вираженою ворожістю та агресивністю для людей із поведінкою типу А характерна товариськість. Вони охоче вступають у контакт і справляють враження людей приємних, веселих, відрізняються ентузіазмом, охоче висловлюють свою думку та завжди готові поділитися враженнями. Таке протиріччя між прагненням до міжособистісних контактів, емоційною чуйністю та ворожістю викликає хронічне емоційне напруження. Тому нерідко для підтримки своїх відносин з оточуючими особи з коронарним типом поведінки прагнуть контролювати свої дії, стримувати власну запальну вдачу.

Для людей із поведінкою типу А також характерна яскраво виражена підприємливість. Вони мають вузьке коло інтересів, не розпорозують свої зусилля, а концентрують їх на певних сферах діяльності, в яких намагаються повністю себе реалізувати. Така поведінка може бути пов'язана з їх бажанням досягти досконалості в усьому, за що ці люди беруться. Домінувальна

мотивація осіб коронарного типу довго не згасає, а під час невдач навіть посилюється, змушуючи докладати все більше зусиль для реалізації своїх амбіцій. Це зі свого боку може призводити до стійкої психоемоційної напруги (особливо коли мета помилково оцінюється як досяжна). Крім того, особи з поведінкою типу А відрізняються підвищеною конфліктністю, причому для них більш важливими є виробничі, а не сімейні конфлікти. Люди типу А охоче беруть на себе громадські обов'язки, що збільшує емоційне навантаження та сприяє прогресуванню атеросклерозу коронарних артерій серця.

Психосоматичні аспекти окремих захворювань

Есенціальна гіпертонія

Артеріальна гіпертонія часто починається тоді, коли людина перебуває в ситуації хронічного напруженого очікування. Провокувальними ситуаціями часто бувають тривалі стани страху, брак часу і наростаюче напруження. Крім того, навіть, якщо існує можливість розрядки ворожості та агресивності, особи, схильні до артеріальної гіпертонії не можуть це зробити внаслідок надмірного самоконтролю або педантичності. Тобто в гіпертоніків, з одного боку, існує пов'язана зі страхом хронічно пригнічена агресія, а з іншого – відбуваються труднощі самоствердження. Пацієнти бояться втратити прихильність інших людей і тому контролюють прояви власної ворожості. В дитинстві вони зазвичай досить схильні до нападів люті та агресії. З віком такі діти починають розуміти, що вони можуть втратити через свою агресивність гарне ставлення рідних і тому починають контролювати свою ворожість або навіть приховувати її. Доросла людина зі схильністю до гіпертонії має такі риси: гіпертрофована сумлінність, надмірне почуття відповідальності – з одного боку і посилені почуття гніву, ворожості – з іншого. Негативні емоції з часом вимагають все більше зусиль для їх стримування, що призводить до хронічного стану напруги, а це зі свого боку може стати чинником підвищення кров'яного тиску.

Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда

Для таких хворих характерним є витіснення неприємних відчуттів, пов'язаних із розвитком захворювання та схильність вважати їх дрібницями. До чинників ризику належать напружений життєвий ритм, прагнення до успіху та соціальної значущості, діяльність, що супроводжується занепокоєнням і напругою. Розвиток ішемічної хвороби серця характеризується з психосоматичних позицій як послідовне чергування певних стадій – синдромів гіперактивності, надкомпенсації та краху.

Синдром гіперактивності характеризується тим, що честолюбні та працьовиті особистості проявляють експансію та злість як домінувальний стиль поведінки. Важкі ситуації оцінюються як випробування їх здатності до вирішення проблем. Особи зі схильністю до ІХС часто перебувають у стані гнівливої драгівливості. Відповідно така поведінка провокує конфлікти з оточуючими і має постійний зовнішній тиск. Суб'єктивне відчуття власної неефективності сприяє розвитку стадії *надкомпенсації*. Можливим виходом із ситуації постійного конфлікту такі люди вважають посилення рівня власної ефективності, зокрема, збільшення тривалості роботи. Надмірна напруга провокує синдром порушення нічного сну, що посилює рівень перевантаження, внаслідок чого формується *синдром краху*. Емоційний стан перед розвитком інфаркту міокарда визначається як виснаження та депресія на фоні стереотипної поведінки з переживанням гіперактивної агресивності. Такі люди, які довгий час направляють гіперактивність і ворожість назовні, врешті-решт направляють її проти самих себе.

Психосоматика шлунково-кишкових захворювань

Емоційний стан людини під час прийняття їжі є дуже важливим. Такі переживання, як агресія, побоювання, страх, депресія, гальмують функції шлунка та кишечника, порушують моторику і, як наслідок, призводять спочатку до функціональних, а під час прогресування процесу – до органічних змін. У ситуації небезпеки або під час переживання агресії може виникнути рефлекторний спазм, напруга. Людина в такому разі використовує їжу як своєрідний заспокійливий засіб. Тобто страх, невіршені

проблеми та невпевненість часто переходять у шлунково-кишкові захворювання.

Отже, тілесні феномени, пов'язані з харчовою поведінкою і травленням, можна співвіднести з певними емоційними процесами:

- труднощі оволодіння (стоматит, захворювання слизової рота);
- нездатність щось прийняти або проковтнути (порушення харчування, ковтання);
- синдром вигнанця (печія, блювання, втрата апетиту);
- неможливість змиритись із певними ситуаціями (болі в шлунку, підвищена перистальтика, пілороспазм, виразка);
- нездатність віддавати (запори);
- бажання позбутися неприємного в своєму житті (проноси).

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

У типології виразкових хворих пропонується таке розділення:

Психічно «здоровий» виразковий хворий. Особистість зі стабільними об'єктивними відносинами, яка за надмірного психологічного навантаження та певної схильності може захворіти на виразку як єдину психосоматичну реакцію.

Виразковий хворий із неврозом характеру, формуванням псевдонезалежних реакцій або обсесивно-депресивними рисами, з оральними конфліктами (наприклад, керівник, який поширює навколо себе агресивну напругу).

Соціопатичний» виразковий хворий. Пасивно залежні хворі, схильні до інстинктивного або параноїдно-кверулянтського типу поведінки, хвороба може проявитися під час дрібних зовнішніх відмовах у любові.

«Психопатичний» виразковий хворий. Це ригідні особи, не здатні до побудови близьких відносин з оточуючими. Під час надмірних навантажень або криз часто реагують на психосоматичному рівні.

«Нормопатичний» виразковий хворий характеризується високим конформізмом із виразними обмеженнями особистості на основі

вираженої тенденції до заперечення (наприклад, може не погоджуватися з наявним станом виснаження в себе, незважаючи на об'єктивні ознаки порушення здоров'я).

З боку неспецифічної поведінки розрізняють пасивний і гіперактивний тип виразкового хворого. За *пасивного* типу поведінки переважає неусвідомлений страх бути покинутим, що призводить до постійного напруження. Внаслідок кожний сумнів, відсутність підтримки з боку близької людини може викликати панічну реакцію. Життєва стратегія полягає в тому, щоб бути захищеним. Чоловіки цього типу часто обирають у дружини тип дбайливої матері. *Гіперактивний* виразковий тип має виражену потребу залежно від інших, але при цьому активно це заперечує. Цей тип хоче досягнути успіху, але, врешті-решт, не може це зробити, тому що орієнтується не на власні бажання або здібності, а на соціально прийнятні зразки (визнання, престиж тощо). Відмова від власних бажань є чинником постійної фрустрованості.

Виразковий коліт і хвороба Крона

Більшість осіб безпосередньо перед початком захворювання переживає ситуацію втрати значущої для них людини. Вони це емоційно важко переживають, але намагаються цей стан не лише приховати від оточуючих, а й від самих себе, використовуючи складну систему психологічного захисту. Внаслідок того, що ці особистості відкидають власні емоційні переживання, вони не здатні до психологічного перероблення втрат або розлучень. Отже, захворювання може розглядатися як еквівалент реакції печалі на тлі емоційної незрілості.

Порушення ковтання

Психосоматичне значення мають такі синдроми:

- заковтування повітря;
- утруднення ковтання з почуттям тиску в горлі або без нього;
- порушення ковтання з блювотою (блювотний невроз);
- «синдром грудки» (страх ковтання).

У процесі розвитку та виховання почуття відрази і

відкидання зміщується з їжі та символічно перекладається на різні ситуації, оточуючих людей або внутрішні стани. Розглянемо цей феномен на прикладі «синдрому грудки», який проявляється у відчутті стороннього тіла в горлі, що ускладнює ковтання. Деякі хворі відчувають страх перед ковтанням як побоювання вдавитися і таким чином загинути від задухи. Під час цих страхів на перший план ставиться ситуація конфлікту та розриву відносин, залежності від батьків або партнера, коли амбівалентність зв'язків концентрується на почутті залежності з бажанням умерти і відповідним почуттям провини. Зазвичай при цьому виявляються істеричні конфліктні ситуації або депресивні стани з іпохондричними рисами.

Ожиріння

Ожиріння, що формується в дитинстві, виникає внаслідок поведінки батьків, коли вони систематично на будь-які потреби дитини відповідають пропозицією їжі, а також виявляють власну любов до дитини залежно від того – їсть вона чи ні. У подальшому надмірне споживання їжі можна пояснити захистом від негативних, а особливо від депресивно забарвлених емоцій та страху. Стаючи пасивним і масивним, людина з ожирінням здається собі більш сильною та захищеною. За рахунок регресивного прирівнювання значень любові та харчування люди з надмірною вагою втішають себе їжею за відсутності любові до себе. Сфера міжособистісної взаємодії є найбільш проблемною для людей з ожирінням. Основні причини ожиріння:

- фрустрація (недоотримання бажаного) за втрати об'єкта любові, яка супроводжується пригніченістю та підвищенням апетиту;
- загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю та почуттям порожнечі можуть стати приводом до імпульсивного споживання їжі;
- ситуації, що вимагають посиленої діяльності та підвищеної напруги (наприклад, підготовка до іспитів, професійні перевантаження), пробуджують у багатьох

людей підвищені оральні потреби, які призводять до посиленого споживання їжі або паління.

Для більшості хворих на ожиріння має значення те, що вони з раннього дитинства були схильні до повноти. Також необхідно зосередити увагу на певні сімейні стереотипи, в деяких родинах надмірна вага вважається нормою.

Нервова анорексія. Терміном «анорексія» називається хворобливий стан, що виникає в пубертатному періоді (майже винятково в дівчаток) і пов'язаний із бажанням схуднути та стати витонченою. В основі *нервової анорексії* лежить підлітковий конфлікт розвитку. Такі дівчата негативно оцінюють свій фізичний розвиток, який передбачає підготовку до виконання жіночої ролі, що сприймається чужою та неприйнятною. Нерідко це призводить до амбівалентності щодо власного статевого дозрівання та проявляється в прагненні вести аскетичний спосіб життя. Водночас молоді люди як на рівні внутрішніх установок, так і поведінки дистанціюються від статевих ролей. Анорексія також є захистом від страху вагітності, що виражається в тому, що багато пацієнток обґрунтовують свою харчову поведінку тим, що «ні в якому разі не хочуть мати товстий живіт». Для сімей із хворими на анорексію описані такі поведінкові характеристики, як надмірна турботливість, уникнення конфліктів або залученість дітей у батьківські конфлікти. В такій сім'ї кожен прагне нав'язати іншому власне розуміння відносин. Тобто можна пояснити симптоматику анорексії як відстоювання дітьми особистої свободи в межах співзалежних відносин із батьками, причому власне тіло є для підлітка останньою сферою, в якій він має можливість відмежуватися від вимог батьків і проявити певну автономію.

Булімія – психічний розлад, пов'язаний із порушенням харчової поведінки. Проявляється у вигляді частих нападів переїдання, під час яких людина не відчуває ні смаку продуктів, ані ситості. Після такого зриву переживається каяття, людина намагається очистити організм від зайвого. Як і нервова анорексія, булімія проявляється частіше в жінок. Хворі на булімію

зовні виглядають привабливо: у них ідеальна фігура, вони успішні та активні. Водночас мають край низьку самооцінку. Булімія виникає на тлі конфлікту середнього та пізнього підліткового віку. Цей конфлікт, пов'язаний, по-перше, з розвитком своєї самостійності; по-друге, з сексуальною ідентифікацією. Часто хворі на булімію походять із сімей із високою конфліктністю та імпульсивністю, слабкими зв'язками між собою, високим рівнем життєвого стресу та неефективною поведінкою щодо вирішення проблем за високого рівня очікувань соціального успіху.

Буліміки зазвичай:

- перфекціоністи (прагнуть все робити «на відмінно»);
- схильні до зневіри, депресії, нав'язливих думок або дій;
- імпульсивні, хаотичні, готові ризикувати;
- мають низьку та нестійку самооцінку;
- незадоволені власним тілом;
- ставлять собі нереалістичні цілі;
- впадають у відчай, коли не вдається досягти мети;
- будують особисті відносини також за «булімічною схемою» (палкий потяг – різкий розрив);
- мають неприємні дитячі спогади, пов'язані з їжею (їжа як покарання, насильницьке годування).

Алергія. Традиційна медицина розглядає алергію як порушення імунної системи людини. Психологи пояснюють наявність алергії як психосоматичне проявлення внутрішніх конфліктів. Алергія означає глибоку та сильну неприязнь до чогонебудь. Часто алергіки – це люди, які дуже складно і довго адаптуються до нових умов, людей, правил. Для них має значення, яке враження вони справляють на інших. Крім того, алергіки сприймають себе як об'єкт справжньої або потенційної агресії, тому часто ображаються. Люди, які страждають на алергію, здатні демонструвати подвійність у ставленні до інших людей, явищ, речей. Однією з причин такого складу особистості може бути розбіжність поглядів батьків на широке коло життєвих

питань, часті родинні сварки, наявність розлучення між батьками. У таких ситуаціях дитина не розуміє, чию сторону їй потрібно зайняти, тому що однаково любить обох батьків. Іншими словами, алергія виникає в тих індивідів, які категорично не хочуть сприймати певні події у власному житті, протестують проти несправедливості, але через виховання або страх перед наслідками, не дозволяють собі відкритий протест.

Нейродерміт. Альтернативні назви: ендогенна екзема, atopічний дерматит, конституціональна екзема. Це широко поширене хронічне шкірне захворювання, що супроводжується свербінням і пошкодженням шкірного покриву (ущільнення, ерозії). До цієї хвороби схильні люди різного віку (навіть немовлята з 6 місяців). Загострення нейродерміту часто спостерігаються під час проблемних періодів у стосунках, під час розлуки або, навпаки, появи людей, які відіграють важливу роль у житті хворої людини (не важливо позитивну або негативну, головне – сила спричиненої реакції). Нерідко в основі виникнення нейродерміту лежить фрустрація, тобто незадоволення потреби (нездійснені мрії, невиправдані очікування, нереалізоване бажання близькості та сексуальних відносин тощо.). Проблема зі шкірою говорить про порушений внутрішній баланс. Людина, яка страждає від нейродерміту, дуже чутлива до того, що думають або говорять про нього інші. Крім того, вона соромиться самої себе, своєї «тілесності», свого тіла в цілому або деяких відчуттів.

Псоріаз – це шкірне захворювання, за якого по всьому тілу утворюються червоні плями різного розміру з поверхнею, вкритою лусками. Псоріаз супроводжується сильним свербінням у місцях ураження. Той факт, що медицина досі не може відповісти на питання про причини виникнення псоріазу, наводить на думку про психосоматичну природу цього захворювання. Псоріаз нерідко приймає хронічну форму та має перебіг у вигляді загострень і ремісій. Психосоматичною причиною псоріазу найчастіше стає сильне почуття провини, потреба в самопокаранні, надмірна гидливість і неприйняття багатьох чинників довкілля. Псоріаз також свідчить про те, що

певний спосіб життя або навіть образ власної особистості не влаштовує людину, вона потребує іншого життя та іншу себе. Якщо доторкнутися уражених ділянок, можна відчути, наскільки шкіра в цих місцях є жорсткою. Якщо інтерпретувати шкіру як відображення певних внутрішніх процесів, що відбуваються з людиною, то такий стан шкіри – це натяк на бажання сховатися під панциром. Часто першопричиною таких проблем, як псоріаз, може бути пасивна життєва позиція. Багато людей вважають, що світ, в якому вони живуть, функціонує за жорсткими правилами, до яких потрібно пристосовуватися навіть за рахунок нанесення шкоди власній особистості.

Бронхіальна астма є класичним прикладом хвороби, зумовленої значною кількістю причин, тобто психосоматичними, інфекційними та алергійними компонентами. Мало ймовірно, що лише емоційні чинники можуть створити достатні умови для розвитку хвороби, але у людини, яка має певні біологічні передумови, вони можуть призвести в дію астматичний процес. Психосоматична метафора бронхіальної астми – ускладнення виживання, нездатність «дихати на повні груди» в цьому складному світі.

Психологічна причина бронхіальної астми – або надмірна турбота батьків, яка настільки завелика, що жоден вдих або видих просто неможливо зробити самостійно, або відсутність турботи, що відчувається як відсутність «атмосфери любові та захисту». Недостатня турбота або ж її надлишок однаковою мірою позбавляють можливості «дихати вільно». У дорослих пацієнтів загострення захворювання відбувається зазвичай під час необхідності проявити сміливість, відповідальність, незалежність або зуміти пережити печаль, самотність.

Гіпотиреоз. Під час гіпотиреозу формується недостатнє постачання клітин організму гормонами щитовидної залози. Основний симптом – це пригніченість настрою та уповільнене емоційне реагування. У хворих спостерігається підвищена стомлюваність, порушення пам'яті, млявість, сонливість, мерзлякуватість, проблеми з волоссям та нігтями, запори,

зниження температури тіла, а також артеріального тиску. У жінок гіпотиреоз трапляється в 10 разів частіше, ніж у чоловіків. Вважається, що психологічним чинником розвитку гіпотеріозу є відмова від досягнення бажаної мети, втрата надії та підпорядкування власного життя неприємному розпорядку, до якого людина відчуває внутрішню огиду, внаслідок чого розвивається безініціативність і зникає в цілому інтерес до життя. У низці випадків під впливом тривалої фрустрації виникає компенсаторна агресивність, що призводить до підвищеної тривожності.

Ревматичне ураження м'яких тканин (фіброміалгія). У психічному стані хворих чітко виражені переживання страху та депресії. Відбувається висока схильність до самопожертви та залежності. Пацієнти не можуть дозволити собі здорових агресивних імпульсів. Розчарування та образу вони намагаються компенсувати «внутрішньою стійкістю». Блоковані агресивні імпульси виражаються в підвищеній м'язовій напрузі та локалізованих або генералізованих болях, які знижуються під час зменшення психічного навантаження. Серед додаткових характеристик цих хворих відзначаються тенденції до вторинної вигоди та потреба жаліти себе.

Симптоми остеохондрозу. Психічний конфлікт під час цього захворювання аналізується, виходячи з місця ураження хребетного стовпа.

Шийний відділ несе голову. Людина орієнтована на те, щоб не «не схилити голови» перед труднощами та перешкодами. До цього синдрому можуть призводити такі чинники, як неадекватні установки, за яких самоствердження вимагає постійної додаткової вольової напруги з впертими спробами досягти конкретної мети, незважаючи на зміни життєвих обставин.

Грудний відділ. Цей відділ відображає настрої людини. Печаль, відчай, втрата надії змушують людину зігнути ся. Сутулість підлітків являє собою результат дисбалансу між зовнішніми та внутрішніми вимогами, коли підліток відчуває

надмірний тиск із боку зовнішнього оточення.

Поперековий відділ. Хронічні болі в поперековому відділі є вираженням надмірного психічного напруження. Хронічні болі також можуть відображати фрустровані бажання та пов'язані насамперед із нереалізованими очікуваннями у сфері міжособистісних відносин.

Ревматоїдний артрит. Хворих відрізняє старанність, сумлінність, альтруїстичне поведіння. Їх терплячість відображає внутрішні заборони на відкрите вираження агресивних спонукань. Намагання поєднати ці імпульси формує своєрідну комбінацію – самоконтроль, з одного боку, та «м'яка» тиранія над оточуючими, з іншого. Наприклад, матері, які страждають на ревматоїдний артрит, схильні строго контролювати майже всі рухові прояви своїх дітей, пояснюючи це побоюванням, що дитина може поранилась тощо. У хворих на ревматоїдний артрит досить часто трапляються такі риси характеру:

- стійкі прояви надсумлінності, обов'язковості в поєднанні з зовнішньою поступливістю та придушенням власних агресивних і ворожих імпульсів;
- мазохістсько-депресивні прояви з сильною потребою до самопожертви, що поєднуються з надморальною поведінкою;
- виражена потреба в фізичній активності, що виникає до початку захворювання.

Хворі з *первинним хронічним поліартритом* скромні та невимогливі, часто демонструють враження байдужих. Вони сприймають свої деформовані руки не стільки як хвору частину тіла, скільки як прикру перешкоду. Скромність є своєрідною втечею від правди.

Психосоматичні аспекти онкологічних захворювань. У численних психосоматичних дослідженнях онкологічних хворих показаний взаємозв'язок емоцій, центральної нервової та імунної систем. У ракових хворих особливо часто виявляються такі особливості:

- рання втрата важливих осіб близького оточення;
- нездатність відкрито виражати агресію;
- збереження «пуповини» з кимось із батьків;
- сексуальні порушення.

Багато вчених етіологічно пов'язують особистість із ризиком онкологічних захворювань із травмувальними переживаннями в дитинстві. Часто рак свідчить про те, що в житті людини були невирішені проблеми, які посилювалися або ускладнювалися через стресові ситуації, що сталися в період від півроку до півтора років перед виникненням онкологічного захворювання. Типова реакція такого хворого на проблеми та стреси полягає у фіксації на власній безпорадності, відмові від боротьби. Така емоційна реакція призводить в дію фізіологічні процеси, які пригнічують природні умови для виникнення та розвитку пухлини. Людина, яка обирає позицію жертви, впливає на своє життя тим, що надає підвищене значення подіям, що підтверджують безнадійність її положення. Значна кількість онкологічних хворих із поганим прогнозом реагують на захворювання такою сильною регресією своїх вітальних спонукань, що це починає нагадувати психоз. Вони скаржаться на повну внутрішню спустошеність. Рідні часто страждають від почуття провини та безсилля.

Мігрень. Напади мігрені являють собою особливу форму головного болю, що характеризується переважно латеральним пульсуючим болем, нудотою, блювотою, світлобоязню та супроводжується неврологічною симптоматикою. Причина нападу мігрені – початкове спазмічне звуження судин мозку. В подальшому відбувається розширення артерій із формуванням набряку, який підтримує больовий синдром упродовж годин або декількох днів. Мігрень дає можливість приховувати внутрішні конфлікти, про які хворий не хотів би повідомляти. На тлі пригніченої ворожості напад мігрені може давати хворому елементи вторинного задоволення, зокрема – можливість маніпулювати родиною. Типовий пацієнт з головними болями – це відповідальна, сумлінна, акуратна, людина, яка неухильно

прагне до досягнень та успіху, але терпить крах, майже досягши своєї мети.

ТЕМА 7. ХАРАКТЕР

7.1. Типологічний підхід до характеру.

7.2. Типи особистості за Т. Лірі.

Типи особистості за Е. Фромом.

Типологія характерів Е. Шострома.

Типологія особистості О. Ранка.

Типологія характерів Маєрс – Бріггс.

Психометрична типологія характерів С. Делінгера.

7.1. Типологічний підхід до характеру

Характер є відображенням стійких рис особистості, що виявляються в діяльності та спілкуванні й відображають ставлення людини до оточуючих, діяльності та світу в цілому. Про характер можна судити, спостерігаючи за поведінкою людини, наприклад, одні люди обирають складні види діяльності, відчуючи позитивні емоції в подоланні труднощів, інших задовольняє більш розмірене та просте життя. Багато інформації можна одержати в процесі спілкування з людиною, спостерігаючи за її реакціями, відношенням до інших тощо. Також ми маємо на увазі характер, коли відзначаємо ступінь самостійності людини, її працьовитість, наполегливість, цілеспрямованість, завзятість тощо.

Характер певним чином пов'язаний із темпераментом, але якщо основа темпераменту здебільшого залежить від біологічних передумов, зокрема, від типу нервової системи, то характер формується значною мірою під впливом зовнішніх соціальних чинників, виховання, спілкування з іншими.

У характері людини необхідно розрізнити ендогенні (внутрішньо обумовлені), та екзогенні (зовні обумовлені) особливості. На ендогенні особливості здебільшого впливають

певні біологічні передумови (наприклад, тип нервової системи), розвиток екзогенних характеристик залежить від різноманітних соціальних впливів. Одні риси характеру ми можемо описати як провідні, або домінуючі, вони визначають характерологічну структуру особистості, інші – як другорядні, що проявляються лише в певних, окремих ситуаціях.

Значна кількість рис характеру формується в людини в досить ранньому віці. Сенситивним (найбільш чутливим) періодом формування базових якостей характеру є вік від 2 років до 10 років. Цей період життя людини пов'язаний з інтенсивним процесом її соціалізації та засвоєння різноманітних соціальних звичок, норм, правил поведінки тощо.

Вся різноманітність проявів характеру поділяється на чотири групи за такими критеріями:

- спрямованість індивіда, система його відносин у соціумі;
- особливості вольової регуляції;
- емоційні особливості;
- інтелектуальні особливості.

Найбільш виражені, яскраві риси характеру називаються акцентуаціями (від лат. *accentus* – наголос).

Однією з найбільш відомих і розроблених систематик типів особистості, є класифікація «акцентуованих особистостей» німецького психіатра **Карла Леонгарда**. Цей тип базується на акцентуації характеру, тобто надмірному посиленні окремих його рис, унаслідок чого існує вибіркова вразливість щодо певного роду психогенних впливів за нормальної і навіть підвищеної стійкості до інших. Акцентуовані особистості (на відміну від психопатій, розладів особистості) – це крайні варіанти норми.

Причинами формування акцентуації характеру можуть бути різноманітні чинники: нервово-психічні розлади, різноманітні захворювання організму, що загострюють ту чи іншу рису особистості (дратівливість, тривожність тощо); спосіб життя, що вимагає посиленого формування тієї чи іншої риси

особистості (жорстокість; нерішучість, пригніченість та інші); різноманітні життєві проблеми, в процесі вирішення яких можуть загостритися певні характерологічні риси.

Особистість може мати або один домінуючий тип акцентуації, або декілька рівноцінних. Можливим є співіснування різнонаправлених акцентуацій в однієї людини, що призводить до проблем в адаптації індивіда.

Концепція «акцентуйованих особистостей» ґрунтується на припущенні щодо існування основних і додаткових рис характеру. Основних рис значно менше, але вони є ядром особистості, визначають її розвиток, адаптацію та психічне здоров'я. За значної вираженості основних рис вони накладають відбиток на характер у цілому, і за несприятливих обставинах можуть зруйнувати всю структуру особистості.

Акцентуйованість може проявлятися на різному рівні – від ледь помітних «дивацтв» у поведінці індивіда до граничних психічних станів. Чим більш виражена акцентуація в людини, тим важче їй адаптуватися до соціального середовища через різноманітні комунікативні труднощі. Досить часто трапляються акцентуації в підлітків (50–80 % випадків), але з віком акцентуації характеру слабшають під впливом соціального досвіду та підвищення адаптивних можливостей.

До класифікації, запропонованої *Леонгардом*, входять такі типи:

Гіпертимний тип. У такої людини практично завжди підвищений настрій, оточуючі вважають її оптимістом. Це жвавий співрозмовник, який часто «перескакує» в розмові з теми на тему. Жести, міміка та пози є виразними. Добре розвинене почуття гумору. Імпульсивний. Запальність проявляється за гострої необхідності в комунікативній «обороні». Характерні необдумані висловлювання. Легковажне ставлення до будь-яких проблем, враховуючи ділові та сімейні. Мчить по життю на максимальних швидкостях. Схильний до позерства. Віддає перевагу короткотривалим поверхневим контактам з оточуючими. Непостійний у своїх професійних інтересах. Часто

змінює місце роботи, орієнтуючись на власні емоції. Діє в манері – від ризику до авантюри. Каскадер не за професією, а за натурою. Заповзятий. Рішення приймає без глибокого аналізу. Має високий від природи потенціал, але розпорошує його на другорядні справи. Владу та опіку над собою не переносить. Характерна тенденція до лідерства в групі. Енергійний та ініціативний.

Дистимний тип. Повна протилежність гіпертимному типу. Тихий, часто з безрадісним виразом обличчя, завжди осторонь від людей. Галасливі та численні компанії не для нього. Індивідуаліст. Настрій часто знижений. Апатичний, надмірно серйозний, в основному зосереджений на негативних переживаннях. Працездатність не висока. Інертний. Роботу на швидкість не любить. Погано адаптується до нових ситуацій, важко сходиться з людьми. Свої невдачі пов'язує з зовнішніми обставинами. Віддає перевагу формалізованій, структурованій роботі, орієнтується на вказівки керівництва. До лідерства особливо не прагне, але поважає тих, хто прислухається до його порад. Цінує дружбу. Борець за справедливість. До роботи ставиться сумлінно.

Циклотимний тип. Характерним є нестійкість настрою та надмірна лабільність емоцій. У періоди, коли переважає позитивний настрій, за поведінкою схожий на гіпертима, в негативні періоди – на дистима. Складність полягає в тому, що зміни фаз є непередбачуваними. Коливання працездатності, енергії та настрою призводять до нестабільних результатів у роботі. Тому тривалі відповідальні завдання йому доручати недоцільно. Незручним є для групової діяльності, де кінцевий результат визначається спільним ефектом.

Демонстративний тип. Має яскраві поведінкові прояви, емоційні, з ознаками акторського хисту внаслідок невгамовного бажання бути з центрі уваги. Для того, щоб на нього звернули увагу, може використовувати будь-які поведінкові прояви: позитивні, негативні та навіть асоціальні. Його девіз: «Не бути, а здаватися». До самоаналізу не схильний. Тяжіє до яскравого, екстравагантного – як у поведінці, так і в одязі, оформленні

зовнішності в цілому. Як співробітник ненадійний: уникає вирішення нагальних питань, може симулювати хворобу, навіть обмовляти себе, тільки щоб не займатися роботою, яка потребує систематичних зусиль і напруження. Легко відволікається від важливих справ, миттєво захопившись іншими ідеями.

Педантичний тип. Має рівний настрій. Твердо дотримується засвоєних правил, ритуалів, поглядів. Порядок – сенс його життя та діяльності. Роботу виконує точно, акуратно та у визначені терміни. Намагається інших привчити до порядку, часто повторює відомі істини, тому сприймається оточуючими як занудлива або нав'язлива людина. Формаліст найвищого гатунку. Серед людей цього типу трапляються дуже недовірливі люди, схильні постійно перевіряти та повчати інших. Його більше цікавить форма, а не зміст, деталі або загальна картина. Дуже важко змінює сферу діяльності, зазвичай підтримує порядок і традиційні погляди. В ситуаціях невизначеності відчуває розгубленість. У періоди поганого настрою роздратований, може бути агресивним.

Застрагаючий тип. Люди зазначеного типу «застрягають», фіксуються на тих чи інших ідеях, позиціях, поглядах. Можуть зациклитися на одній нав'язливій ідеї, заради якої можуть піти навіть на самопожертву. Честолюбні, орієнтовані на особистий успіх, досягнення якого може спровокувати розвиток зарозумілості та категоричності. Довго пам'ятають образи, схильні до помсти. З ними важко працювати в команді – упертість, схильність до повчань, небажання прийняти протилежну точку зору робить спілкування з ним важким. Серед інших рис можна назвати обачливість, економність, практичність.

Тривожний тип. Люди цього типу дуже часто мають меланхолічний або холеричний темперамент. Мають занижену самооцінку, тому часто не впевнені в собі. Приводи для занепокоєння часто бувають надуманими. Схильний до співзалежності, постійно очікує підтримку з боку оточуючих. Досить важко адаптується до нових, незвичних ситуацій. У роботі

віддає перевагу стабільності, звичним умовам, незмінним правам та обов'язкам. Не схильний проявляти ініціативу, обережний. Дати відсіч, постояти за себе та за свою справу не здатний. Працює за вказівкою, дуже ретельно відпрацьовуючи всі завдання. До лідерства не схильний. Із людьми доброзичливий. Болісно переносить глузування. Нерідко грає роль «цапа-відбувайла» в колективі.

Дратівливий тип. Людині цього типу важко стримувати власні емоційні прояви, особливо коли це стосується негативних емоцій. Часто роздратований, імпульсивний, схильний до нападів гніву. В стані емоційного збудження може нахамити, застосувати фізичну силу. Після сварок не намагається помиритися, вважаючи себе завжди правим. Навіть невеликі дрібниці можуть викликати обурення та гнів, тому поведінку такої людини важко передбачити. Дуже часто такі люди надмірно споживають міцні напої, а також не є прихильниками правильного харчування. У періоди відносної емоційної стабільності є енергійними, діловитими, сумлінно виконують робочі обов'язки, орієнтовані на сім'ю, хороші господарі.

Емотивний тип. Цей тип значною мірою залежить від власного емоційного стану. Все приймає близько до серця, проблеми та негаразди переживає дуже довго. Завжди намагається допомогти людям, співчуває іншим, є вихованим і тактовним. Беззахисний перед безцеремонністю та хамством. Працездатність і результати роботи дуже залежать від настрою. У роботі нерідко втрачає головне, заплутується в дрібних деталях, що, у свою чергу, викликає додаткові емоційні переживання. З іншого боку йому не подобається, коли контролюють його роботу, зазвичай це призводить до переживання відчуття образи. Сумлінний, із розвиненим почуттям обов'язку.

Екзальтований тип. Характерними рисами є нестриманість почуттів, егоїзм, сльозливість. Психологічно полярна людина без «середнього стану»: або переживає безмежне щастя, або надмірну тугу та скорботу. Оцінювання людей, подій, ситуацій завжди є полярними, теж за типом «або-або». Після

певного періоду спілкування оточуючі перестають вірити в щирість переживань і почуттів такої людини. Людям цього типу важко дається робота з елементами монотонії, стереотипності, повторюваності. Інструкції, нормативні документи замість допомоги вносять дискомфорт у діяльність таких людей.

Екстравертований тип. Дуже товариська людина, легко йде на контакт, має багато друзів, знайомих і просто «потрібних» людей. Має досить високий рівень конформізму, може потрапити під сильний вплив оточуючих людей, наслідує цінностям і правилам інших людей без їх критичного оцінювання. Можна сказати, що така людина повністю занурена в зовнішній світ. Полюбляє розваги, зовнішні ефекти, знає всі плітки та може активно їх поширювати, першим дізнається про будь-які події, орієнтовний на різноманітні форми взаємодії з оточуючими, за потреби може уважно вислухати та активно допомогти.

Інтровертований тип. Людина, занурена в свій внутрішній світ, відгороджена від інших своїми думками та переживаннями. Надзвичайно вразлива та чутлива людина, якій важко показати власні почуття, і тому часто виглядає стриманою та беземоційною навіть із близькими людьми. Найчастіше його міркування не відповідають реальності. Упертий ідеаліст, завзято відстоює свою позицію, незалежно від того, правильна вона чи ні. Не допускає в своє особисте життя нікого. Принциповий.

Типи особистості за Т. Лірі

Основою для класифікації характерів Т. Лірі використав інтерперсональні характеристики особистості. На його думку, характер людини проявляється у взаємовідносинах з оточуючими.

Інтерперсональну поведінку Т. Лірі класифікував за 16 змінними.

Домінантний: володіє, панує, наказує (викликає слухняність), управляє, керує.

Егоцентричний: хвалиться; зарозумілий, самовдоволений, діє впевнено, незалежно.

Схильний до суперництва: експлуатує, відкидає, відмовляє (викликає недовіру), змагається, пробивається.

Агресивний: звинувачує інших, саркастичний, рішучий, не емоційний.

Е

н Критичний: бунтівник, завжди невдоволений, викликає цікавість оточуючих.

р Підозрілий: недовірливий, підозрілий, вважає що оточуючі вогано до нього ставляться, пильнує за людьми, скептичний.

і Скромний: занижена самооцінка; тривожний, постійно відчуває вину, не враховує свої інтереси; сором'язливий, нутливий.

и Принижений: не має власної думки, підкоряється іншим, слабка воля, слухається і чесно виконує свої обов'язки.

н Конформний: поступливий, занадто уважний до інших, діє надмірно чемно; часто захоплюється іншими людьми.

п Гіперконформний: завжди потребує допомоги; залежний, завжди погоджується з іншими, надмірно довіряє.

д Схильний до кооперації: йде на компроміси, завжди готовий врахувати думку інших, завжди дотримується угоди; співпрацює, готовий брати участь у спільних діях.

д Гіперафіліативний: надмірна потреба в дружніх стосунках, відкритий та милий у спілкуванні, хоче приятелювати з іншими.

н Гіперпротективний: м'який, часто занадто емоційний, схильний показувати симпатію та підтримку, діє м'яко та денав'язливо.

р Відповідальний: завжди намагається взяти на себе відповідальність, пропонує допомогу, намагається підтримувати інших.

е Авторитаричний: нав'язливо шукає і вимагає поваги; педантичний; догматик, намагається управляти, радити, повчати.

ю Визначено, що всі 16 чинників належать до чинників «домінантність – підпорядкованість» і «дружність – ворожість». Валежно від рівня вираженості якості, поведінка людини може

о

в

і

д

к

бути адаптивною, ситуативною та екстремальною.

Типи особистості за Е. Фромом

Цей американський психолог вважав, що раннє дитинство і взаємини в сім'ї є визначальними чинниками у формуванні особистості. Він виділив п'ять типів особистості (споживацький, експлуататорський, накопичувальний, ринковий і продуктивний), які більшою мірою відображають вплив соціальних, а не вроджених чинників.

Споживацький тип. Людина вважає, що джерело всіх благ розміщене зовні, і налаштована на те, щоб пасивно сприймати ці блага. Це «вічний споживач» у всіх видах активності. Наприклад, у любові така людина бажає «бути коханою», але не «любити». Коли така людина залишається наодинці, то її активність та енергійність знижується, вона не знає, як вона може дати раду самій собі. Типові риси – пасивність, покірність і боязкість. Цей тип формується внаслідок того, що людина усвідомлювала себе в дитинстві пасивним додатком у взаєминах із батьками.

Експлуататорський тип. Також вважає, що джерело його благополуччя розміщене зовні, але має схильність не чекати, коли ці блага йому дадуть, а забирає їх силоміць. У сфері дружніх та інтимних відносин його більше приваблюють люди-жертви, тому що йому приємніше забирати будь-які ресурси в іншій людині. Можна сказати, що «чуже» для нього завжди привабливіше, ніж «нічье». Характерні агресивність, егоцентризм, зарозумілість, завищена самооцінка і прагнення спокушати людей. Людина цього типу формується в результаті домінантного положення в родині, коли він виявляється «пупом землі».

Накопичувальний тип. Мало вірить у можливість отримати нове з зовнішнього світу та вважає, що його безпека забезпечується лише накопиченням і збереженням того, що він вже має. Схильний одержувати любов, а не дарувати. Дуже пунктуальний, скупий, підозрілий, упертий, одержимий, має недостатню увагу. Такий тип являє собою результат батьківського відчуження в умовах прохолодної сімейної атмосфери.

Ринковий тип. Сприймає себе як товар, який має ринкову вартість і повинен підкорятися закону попиту та пропозиції. Тому навіть свою зовнішність він формує відповідно до «попиту», наслідуючи кінозірок, знаменитих спортсменів, модних блогерів тощо. Приятелів підбирає теж за їх «ринковою» вартістю. Для нього типові опортунізм, безцільність, мінливість, зокрема і в принципах, релятивізм та усвідомлення власної непотрібності. Цей тип виникає внаслідок відчуження батьків від дитини, коли в сім'ї панує холодна психологічна атмосфера.

Продуктивний тип. Така людина не прагне панувати над іншими, володіє достатнім інтелектом, який дозволяє глибоко проникнути в сутність явищ, подій і предметів, бачить те, що інші не помічають і про що не підозрюють. Його характерні особливості: скромність, адаптованість до середовища, довірливе ставлення до інших людей, активність, адекватна самооцінка, упевненість у собі, практичність, терплячість, відданість, відкритість. Цей тип формується в здоровій, теплій, сприятливій сімейній атмосфері, де дитина навчається цінувати себе та інших, відчуває безпеку та внутрішню спорідненість із самою собою та з оточуючими.

Типологія характерів Е. Шострома

Типологія Шострома базується на такій психологічній особливості як маніпулятивність. Маніпулятором автор називає ту частину особистості людини, яка свідомо чи несвідомо застосовує різні хитрощі, щоб досягти своїх індивідуальних поточних цілей. Маніпуляторство – не завжди зло, але при цьому особистість у людині істотно «розчиняється». Людина-маніпулятор – це результат взаємодії особистості з соціумом, коли особистість бажає впливати на інших у своїх корисливих інтересах. Така людина має значну кількість рольових масок, за допомогою використання яких намагається встановити та підтримувати гарантований рівень власного добробуту. Тобто, маніпуляторство не є вродженою властивістю особистості, а є результатом соціального впливу та соціального досвіду.

Шостром виділив 8 типів маніпуляторів.

Диктатор (націлений на придушення інших людей та беззаперечне управління ними).

Ганчірка (уособлює пасивність, хамелеонство і покірність).

Калькулятор (вважає, що все потрібно контролювати, нікому не довіряє та одночасно сам застосовує обман та хитрість).

Прилипала (грає роль «підкидька» в соціальній групі та демонструє свою залежність від всіх; скиглій, утриманець).

Хуліган (має імідж агресивної, злобної, мстивої та небезпечної людини внаслідок використання у взаємодії з оточуючими образ, погроз та насилля).

Хороший хлопець (взаємодіє з людьми під прикриттям турботи про них, догідливості та готовності «взяти участь у допомозі»).

Суддя (робить ставку на демонстрацію своєї критичності, часто обвинувачує інших, не довіряє оточуючим, викриває їх, ганьбить, оцінює, орієнтований на помсту).

Захисник (проникає в душу інших через імітацію співчуття, підтримки, поблажливості, розради).

Типологія особистості О. Ранка

Вчений вважав, що базовим чинником у розвитку особистості є боротьба двох протилежних прагнень: з одного боку – потреба у належності до групи (він назвав це страхом життя: страх залишитися самотнім, страх своєї індивідуальності, самостійності, незалежності та відповідальності за самого себе) і, з іншого – орієнтація на відособленість від групи (страх смерті: страх залежності від інших людей, страх злиття з натовпом, втрати індивідуальності).

У зв'язку з цим О. Ранк виділяє три типи особистості: «артист», «невротик», «середня людина».

Артист являє собою ідеально розвинену людину. Страх життя та страх смерті виражені в нього мінімально, він вміє підтримувати близькі, довірливі стосунки з іншими людьми, не

боячись, з одного боку, стати залежним від інших, а з іншого – здаватись «не таким, як потрібно оточуючим». Залишаючись самою собою, така людина вміє підтримувати гармонійні відносини з іншими людьми.

Невротик постійно прагне відокремитися від інших, не може досягти конструктивної співпраці з довіллям. Це робить його надмірно критичним і навіть ворожим до оточуючих, негативістом, зарозумілим ізоляціоністом. Перелічені переживання також формують у нього постійне почуття провини.

Середня людина – це людина натовпу, яка прагне до з'єднання з іншими людьми та боїться відокремлення від них. Через страх перед життям вона не може проявити свою індивідуальність. Це конформіст, пристосованець, постійно залежний від оточуючих, легко піддається впливу та задоволений собою.

Типологія характерів Маєрс – Бріггс

На думку авторів цієї типології, люди в звичайних ситуаціях поведуться відповідно до їх основних (домінантних) уподобань, кожне з яких має два протилежні полюси. Ними виділені чотири типи орієнтацій.

За способом вираження та напрямком енергії (індивід одержує енергію в спілкуванні з іншими або через занурення в свій внутрішній світ) розрізняють екстраверсію (Е) або інтроверсію (І). Індивіда з екстравертованою орієнтацією характеризують ініціативність, експресивність, товариськість, ентузіазм, контактність. Індивіду з інтровертованою орієнтацією притаманні замкнутість, нетовариськість, скритність, усамітненість.

За способом одержання інформації (індивід краще сприймає інформацію безпосередньо через органи чуття, або за допомогою «шостого» почуття, інтуїції) розрізняють орієнтацію на відчуття (S) або на інтуїцію (N). Ті, хто надає перевагу відчуттям, довіряють лише фактам і власному досвіду, прагнуть втілити свої плани на практиці традиційними способами.

Орієнтованих на інтуїтивне сприйняття інформації більше цікавить не існуюча конкретика життя, а масштабність майбутніх звершень, про які мало хто має уявлення. «Інтуїт» відчуває свою неповторність, готовий дати теоретичне обґрунтування будь-якого явища.

За способом прийняття рішень (індивід приймає рішення на основі логічних аргументів або власних емоційних переживань) розрізняють орієнтацію на мислення (Т) або на почуття (F). Той, хто орієнтується на раціональне прийняття рішень, активно використовує логіку, зважає всі чинники, розважливий, схильний до сумнівів, упертий і критичний. У тих, хто орієнтується на почуття, рішення засновані на емоційному досвіді, цінностях.

За способом організації життя (індивід будує своє життя відповідно до заздалегідь продуманої стратегії, або, з іншого боку, його життєвим шляхом керують обставини) виділяють орієнтацію на оцінювання (J) та на сприйняття (P). Орієнтовані на оцінювання використовують раціональне мислення, дотримуються певних планів, заздалегідь обраних стратегій і тактик, тобто завчасно обмірковують свої майбутні дії. Люди, орієнтовані на сприйняття, не будують планів, очікують від життя несподіваних поворотів і починають діяти в момент, коли ситуація змушує їх це робити.

Перераховані чотири орієнтації формують 16 типів характерів (ISTJ, ISTP, ESTP, ESTJ, ISFJ, ISFP, ESFP, ESFJ, INFJ, власний неповторний психологічний візерунок. Ось, наприклад, короткий опис типу особистості ESTJ (екстраверт, сенсор, логік, тактик). Природжений керівник, живе роботою, яку планує лише на крок вперед (орієнтований на поточний момент). У нього все під контролем. Має аналітичний склад мислення. Рішення приймає оперативно, хоча вважає за краще діяти за більш-менш знайомою схемою. Поважає владу і сам полюбить керувати. З суперниками поводить досить жорстко. У будь-якій ситуації бере на себе роль лідера. Дотримується фактів і не випускає з

уваги деталі. Власні думки та уподобання змінює важко, упертий. Зовнішній вигляд охайний, але трохи консервативний. У команді працює добре, але схильний не враховувати почуття інших, у зв'язку з чим створює враження байдужої людини.

Психогеометрична типологія характерів С. Делінгера

Характери розрізняються за рівнем асоціативної реакції індивідів на запропоновані їм геометричні фігури різної форми (квадрат, трикутник, прямокутник, коло та зигзаг). Піддослідним пропонується ототожнити себе з цими фігурами та проранжувати свій вибір, ставлячи на перше місце фігуру, яка, на думку випробуваного, найбільш адекватно відображає його психологічну сутність. Результати цієї роботи пов'язуються з особливостями поведінки, зовнішнім виглядом, мовою тіла тощо.

Короткий опис поведінки різних психологічних типів.

Квадрату притаманні: організованість, пунктуальність, акуратність, прийняття та виконання правил і норм, аналітичність і раціональність мислення, уважність до деталей, орієнтація на точну інформацію, обережність, розсудливість, практичність та економність, наполегливість, твердість у прийнятті рішень, працьовитість, терплячість, професійна грамотність, педантичність, пунктуальність, дріб'язковість, «трудоголізм», упертість, консерватизм, недипломатичність, сухість і холодність у спілкуванні.

Трикутник відображає: прагнення до лідерства та влади, честолюбство, прагматизм, впевненість у собі, рішучість і схильність до ризику, енергійність, працездатність, товариськість, дотепність, динамізм, егоїстичність, категоричність, нетерплячість, хитрість, самовпевненість.

Прямокутник виявляє: непослідовність, невизначеність, нервозність, лабільність настрою, забудькуватість, непунктуальність, невпевненість у собі, занижену самооцінку, довірливість, схильність для розслідування обставин різного роду.

Кругу характерні: висока товариськість, доброзичливість,

щедрість, емпатійність, інтуїція, поступливість, довірливість, емоційна чутливість, конформність, нерішучість, сентиментальність.

Зигзага видають: цікавість до нового та різноманітних змін, креативність, інтуїція, мрійливість, спрямованість у майбутнє, бунтарство, ентузіазм, безпосередність, імпульсивність, непрактичність, різноманітність інтересів, мінливість настрою, недисциплінованість, прагнення бути «душею компанії», дотепність, безладність.

ТЕМА 8. ПСИХОПАТІЯ

Визначення психопатії.

Сучасне дослідження психопатій.

Психологічні моделі психопатії.

4. Динаміка психопатій (за П. Б. Ганнушкіним).

Визначення психопатії

Психопатії (розлади особистості) – патологічні стани, що проявляються дисгармонійним складом особистості, від якого страждають як безпосередньо хворі, так і суспільство.

Психопатії діагностують на підставі 3 основних критеріїв, запропонованих П. Б. Ганнушкіним: 1) порушення адаптації внаслідок виражених патологічних властивостей; 2) тотальність психопатичних особливостей; 3) їх відносна стабільність та незмінність упродовж життя .

Питання про етиопатогенез (причини виникнення) є одним із найскладніших у вченні про психопатії. На даний момент найбільш доведеною та об'єктивною є позиція, згідно з якою психопатії мають поліетиологічну природу та належать до групи психічних і поведінкових розладів біопсихосоціального походження. Це означає, що у їх виникненні беруть участь декілька чинників, один з яких може мати вирішальне значення.

Кербиков О. В. виділив 3 групи психопатій:

Перша група – «ядерні», конституціональні психопатії; тут головну етіологічну роль відіграють спадковість, конституція (тобто біологічні чинники), проте чимале значення мають і ситуаційні чинники, зокрема сімейна дисфункція.

Друга група – «органічні психопатії». Їх біологічною основою є легка органічна недостатність, так звана «мінімальна мозкова дисфункція», що виникає в ранньому віці та призводить до органічних аномалій розвитку (але не до органічного дефекту). У цій групі роль зовнішніх ситуаційних чинників є значущою та іноді за своїм впливом більшою порівняно з органічною патологією.

Третя група – «гранична психопатія» (патологічний розвиток особистості). Цей тип психопатії частіше виникає внаслідок несприятливих життєвих обставин – порушення сімейної структури, конфлікти в стосунках між батьками, дисфункційна виховна стратегія, фізичні дефекти, каліцтва, соматичні захворювання тощо. Граничні психопатії більш пластичні й під час зміни життєвої ситуації мають кращий прогноз, тобто роль біологічних чинників у цьому разі є мінімальною, і основна, хоча й не абсолютна, роль у формуванні психопатій належить психогенним і ситуаційним чинникам.

Жодна з названих форм психопатій не проявляється в «готовому» вигляді в ранньому дитинстві, хоча саме з цього часу (особливо в групі ядерних психопатій) починається їх формування. Процес становлення психопатій відбувається в дитячому й підлітковому віці, а іноді триває і в юнацькому, спотворюючи нормальний онтогенетичний розвиток і дозрівання психіки (психопатичний дизонтогенез).

Психопатіям не властива прогредієнтність із розвитком недоумства та дефектом особистості.

Діагностичними критеріями психопатій є: значна зміна преморбідної поведінки, що виражається переважно в сферах емоцій, потягів, потреб, планування та передбачення; істотне зниження здатності цілеспрямованої діяльності, часто у

випадках, що вимагають витрат часу та зусиль для досягнення успіху;
емоційна лабільність, короткочасні напади злості та агресії, ейфорія, апатія;
прагнення задовольняти потреби та потяги без урахування наслідків і соціальних обмежень;
когнітивні порушення, підозрілість, ідеї відношення, переслідування, постійна розумова жуйка;
в'язкість, тобто патологічна інертність перебігу психічних процесів, їх уповільненість, схильність до зайвої деталізації;
порушення сексуальної поведінки.

Психопатії клінічно проявляються в патологічних рисах характеру, дисгармонії особистості, порушеннях емоційної та вольової діяльності, в проблемах адаптації особистості в суспільстві. Виділяють такі різновиди психопатій: збудлива, паранояльна, гальмівна (астенічна та психастенічна), шизоїдна, істерична, нестійка.

Психопатія збудливого типу – для цього типу властива надзвичайно сильна емоційна реактивність, що знаходить прояв у нападах гніву, люті, афективних спалахах через будь-який, часто незначний привід. Вони можуть робити необдумані, часом небезпечні дії. Агресія найчастіше спрямована на кривдників і близьких, рідше – на себе (у вигляді нанесення собі самопорізів, пошкоджень, іноді – спроб самогубства). Під час згасання афективного спалаху в хворих з'являється часткова критика до своєї поведінки. В деяких осіб відзначаються: виражена в'язкість, ґрунтовність мислення, дріб'язковий педантизм, злостивість, мстивість, напади дисфорії, що визначають як варіант збудливої психопатії – епілептоїдна психопатія. Для психопатичних особистостей збудливого кола характерні періодичні дисфорії (безпричинний тужливо-злісний настрій), під час яких хворі схильні до вживання алкоголю, наркотиків, діти можуть утікати з дому. Такі особистості дуже важкі в спілкуванні, не утримуються в колективі, часто змінюють місце роботи.

Психопатії гальмівного типу – діляться на астенічні та

психастенічні. Астенічна психопатія зазвичай виявляється в дитинстві: з'являється підвищена стомлюваність, виснаженість, дратівливість. Висока стомлюваність поєднується з надмірною чутливістю, вразливістю, боязкістю, почуттям неповноцінності, що посилюються в ситуаціях вибору та прийняття рішень. Особи, які мають психастенічну психопатією, відрізняються крайньою нерішучістю, тривожністю, підозрілістю. Характерна схильність до болісних сумнівів, до хворобливого мудрування, надмірного та гіпертрофованого самоаналізу, внаслідок чого прийняття рішень є дуже утрудненим. Може бути декомпенсація у вигляді загострення тривожно недовірливих рис характеру.

Психопатії істеричного типу – основною рисою характеру таких хворих є егоцентризм, прагнення постійно перебувати в центрі уваги, схильність до брехні, самообмов і демонстративних спроб самогубства. У деяких випадках можуть проявлятися істеричні реакції: напади, непритомність, мутизм, афонія, глухота, розлади дихання тощо. Під час декомпенсації розвивається істеричний невроз із різноманітними істеричними реакціями.

Паранояльна психопатія – головна особливість цієї психопатії – схильність до утворення надцінних ідей (власної значущості, винахідництва, ревнощів, сутяжництва тощо). Пацієнти мстиві, підозрілі, часто ображаються, афективно напружені, позбавлені душевної теплоти, схильні до конфліктів, сутяжництва.

Шизоїдна психопатія – особистості даного типу відрізняються патологічною замкнутістю, скритністю, відірваністю від реальності, аутизмом. Для них властиві відсутність внутрішньої єдності та послідовності психічної діяльності в цілому, емоційна дисгармонія (поєднання підвищеної чутливості та емоційної холодності), дивакуватість, ексцентричність, категоричність і незвичність суджень, схильність до крайнощів.

Психопатії нестійкого типу – основним критерієм є слабкість вольової діяльності, сугестивність, підвищена

підпорядкованість зовнішнім впливам. Реалізація їх спонукань, прагнень і бажань визначається не внутрішніми установками, а випадковими зовнішніми обставинами. У несприятливих умовах вони часто вдаються до алкоголю, наркотиків, порушують виробничу дисципліну, не доводять розпочату справу до кінця, товаришують із асоціальними компаніями, здійснюють соціально небезпечні дії (хуліганство, крадіжки).

Спільною рисою психопатологічних станів, що становлять динаміку психопатій, є їх непрогресивність, тобто після декомпенсації психопатична особистість повертається до початкового рівня. Найбільш важкий перебіг декомпенсації відзначається в пубертатному (підлітковому) та інволюційному періодах.

Сучасне дослідження психопатій

У теперішній час існує широкий і вузький підходи до визначення психопатій.

Широкий підхід терміном «психопатія» описує гетерогенну групу розладів особистості, що містить зокрема і групу антисоціальних психопатів.

У межах *вузького підходу* до психопатів відносять осіб з антисоціальною поведінкою, небезпечних для суспільства.

Розглянемо основні сучасні підходи до визначення цього терміну.

У першому виданні DSM (Diagnostic and Statistical Manual психічних розладів) «психопатичну особистість» формально стали називати «соціопатичною особистістю», в той час як терміни «психопат» і «соціопат» продовжували використовувати як неформальні. В другому виданні Керівництва термін був замінений на «асоціальну особистість». У DSM-III був затверджений термін «антисоціальний розлад особистості». Тоді ж була зроблена спроба забезпечити дослідників надійним інструментом вимірювання психопатії через зовні спостережувані прояви антисоціальної поведінки, залишаючи

складні для вимірювання особистісні риси, властиві індивіду з психопатією, поза діагностичних критеріїв.

Дослідження останніх десятиліть показують, що категорії «психопатія» та «антисоціальний розлад особистості» збігаються в повному обсязі: більшість психопатів, дійсно, трапляються серед тих, хто має антисоціальний розлад особистості, проте зворотне не є правильним: лише частина антисоціальних особистостей є психопатами. В останній редакції 2011 року перегляд діагностичних критеріїв привів до значного розширення поняття «антисоціальний розлад особистості».

Сучасні моделі психопатії

Етіологічні моделі психопатії є спробою розкрити причину розладу. Етіологічні моделі психопатії можна умовно поділити на групи.

До *першої групи* належать моделі, що використовують як пояснення виникнення психопатій механізми нейробіологічного та нейропсихологічного характерів. Автори моделей такого типу шукають причину розвитку цього розладу в порушенні функціонування тієї чи іншої ділянки мозку людини. Так, про аномальне нейронне функціонування свідчать дослідження префронтальної кори, вентромедіальна частина якої ймовірно відповідає за оброблення інформації про себе, а також за регуляцію емоцій. Інша її частина – передня поясна кора – в основному пов'язана з когнітивними й афективними механізмами мотивації. Експерименти з використанням теорії реакції переляку продемонстрували відсутність впливу емоційного стану психопатів на їх реакцію переляку та афективне збудження, в той час як у нормі позитивний емоційний стан уповільнює реакцію, а негативний – підсилює.

До *другої групи* належать біхевіористичні моделі, насамперед модель зниженої боязкості Д. Ліккена (low fear) що дозволила автору відокремити психопатію від соціопатії залежно від вродженого ступеня боязкості.

Р. Блейер запропонував теорію більш широкого дефіциту емоційного реагування, показавши, що психопати виявляють

знижену реактивність не лише на негативні, а й на позитивні стимули. Також залишається недостатньо ясним, що є первинним – слабкий рівень боязкості психопатів чи їх здатність блокувати негативні стимули.

Як пояснення специфічної реакції психопатів на певні стимули Дж. Ньюман запропонував теорію дефіциту уваги. Відповідно до цієї теорії порушення в процесі формування умовно-рефлекторної реакції на страх відображають нездатність психопатів переробляти афективну та інші важливі види інформації, оскільки вони перебувають на периферії уваги.

Інтегративною щодо нейробіологічної та біхевіористської моделей психопатії можна назвати *модель подвійного процесу*. В межах цієї моделі автори пропонують об'єднання описаних вище ідей: низької боязкості та кортикальної дисфункції, тим самим припускаючи існування різних механізмів, що лежать в основі міжособистісно-афективного та антисоціального аспектів психопатії. Проте прийняття того, що психопатія може сформуватися за одним із виявлених дослідниками психологічних механізмів, буде також означати й можливість виділення двох різних розладів, і ця гіпотеза вимагає додаткового дослідження.

Психологічні моделі психопатії

У психологічних моделях на перший план виходять емоційно-особистісні механізми розвитку розладу. Класичним прикладом психологічної моделі психопатії може послужити *психодинамічний* погляд на цю патологію. Тут дослідники звертають увагу на такі особливості психопатів: реагування накопиченої тривоги та депресії, дезорганізація особистості під тиском афекту люті, потреба утвердження власної особистості через домінування, приниження іншої людини та інші явища, пов'язані з внутрішньою динамікою особистості. Однією з актуальних психоаналітичних ідей є теза про дифузійну самоідентичність психопатів. Саме з подібною дифузією можуть бути пов'язані ключові характеристики психопатії, такі як

відсутність внутрішніх моральних орієнтирів, хитке уявлення про моральне та аморальне. Привабливість і маніпулятивність психопатів також, по суті, належить до їх «хамелеоноподібності», і частково пояснює відсутність у них чіткого та цілісного ставлення як до інших людей, так і до самих себе.

Інші психологічні моделі використовують нейропсихологічні чинники як змінні, що опосередковують мотиваційно-особистісні механізми формування психопатії. С. Барон-Коен, який розробив *теорію емпатизації – систематизації*, розглядає порушення у функціонуванні мозкового «емпатичного кола» як основу для виникнення вкрай низьких рівнів емпатії або зовсім її відсутність. Характеризуючи особливості емпатії при психопатії, С. Барон-Коен описує порушення функціонування лімбічної системи та префронтальної кори, приділяючи менше уваги власне психологічним механізмам розвитку емпатії при психопатії. За припущеннями дослідника, емпатія містить когнітивну та афективну складові. Під час психопатії когнітивний компонент емпатії залишається збереженим, водночас як можливості афективного емпатювання значною мірою знижуються.

Модель К. Патрік подає психопатію як таку, що містить три окремі субконструкти: нестриманість (dishibition), що являє собою наявність певних проблем у сферах імпульсивності та контролю; соціальну сміливість (boldness), що містить здатність зберігати спокій і концентрацію уваги в ситуаціях тиску або загрози; безсердечність (meanness), що являє собою сукупність таких рис, як дефіцитарна емпатія, схильність експлуатувати інших тощо. В моделі К. Патрика можна відзначити прагнення відновити цілісність людської особистості, уникаючи розщеплення її на емоційну сферу та поведінку. Крім того, в структурі моделі відсутня антисоціальність як самостійний феномен, що сприяє більш гнучкому розумінні зв'язків між конструктом психопатії та власне антисоціальною поведінкою.

Феноменологічний (описовий) підхід являє концепція Р. Хаера. Він описав двофакторну структуру психопатії, що

містить міжособистісно-афективний та антисоціальний чинники. Через ознаки психопатії Р. Хаер виводить визначення цього розладу як клінічного конструкту, що визначається паттерном міжособистісних, афективних і поведінкових характеристик.

Ознаки психопатії за Р. Хаером:

- Поверхневий шарм, неглибока привабливість.
- Егоцентризм, переконаність у власній величї та незвичайній значущості.
- Потреба в постійному психічному збудженні.
- Патологічна брехливість і схильність до шахрайства.
- Підступність, схильність до маніпуляцій.
- Відсутність почуття провини і жалю.
- Емоційна поверховість.
- Черствість, відсутність емпатії.
- Паразитичний спосіб життя.
- Запальність, слабо контрольовані спалахи гніву.
- Сексуальна нерозбірливість.
- Проблеми поведінки віком до 12 років.
- Нездатність до реалістичного довгострокового планування.
- Імпульсивність.
- Безвідповідальна батьківська позиція.
- Неодноразове одруження, часта зміна партнерів.
- Підліткові правопорушення віком до 15 років.
- Порушення під час випробувального терміну або звільнення.
- Безвідповідальність у ставленні до власних дій і вчинків.
- Наявність в анамнезі декількох позицій із десяти: злом, пограбування, вживання наркотиків, позбавлення волі, вбивство або замах, незаконне зберігання зброї, сексуальне насильство, злочинна недбалість, шахрайство, втеча з місць позбавлення волі.

Для кожної ознаки ставиться значення від 0 до 2: якщо ознака спостерігається – 2, якщо він імовірно є – 1, якщо його

немає – 0. Якщо набирається сума від 30 до 40, можливо, що людина дійсно є психопатом і для постановки діагнозу необхідно психіатричне обстеження. Деякі фахівці вважають, що сума від не підтримується більшістю психіатрів.

Динаміка психопатій (за П. Б. Ганнушкіним)

До динаміки психопатій вчений відносить етапи формування психопатій, вікові кризи, компенсації та декомпенсації, психопатичні фази, трансформації типів психопатій.

Етапи формування психопатій зазвичай вдається виявити ретроспективно, коли психопатія вже сформувалася. Впродовж дитинства, юнацьких та в молодому віці виділяються етапи початкових проявів (окремих епізодичних порушень поведінки), структурування (порушення поведінки постійні, але тип психопатії ще визначити важко) і завершення формування психопатії.

Вікові кризи – пубертатна та клімактерична – обумовлені в основному біологічними чинниками. Період статевого дозрівання сильніше виявляє та загострює патологічні риси характеру в хлопчиків, клімактеричний період у цьому відношенні сильніше діє на жінок.

Компенсація – тимчасове пом'якшення психопатичних особливостей за рахунок зміни «мікросередовища» (сімейного, трудового) на таке, де ці особливості не заважають соціальній адаптації (наприклад, відокремлений спосіб життя з можливістю цілком віддатися улюбленому захопленню або інтересам під час шизоїдного розладу особистості). Іноді компенсація здійснюється завдяки активному формуванню механізмів психологічного захисту, певному способу життя, манері поведінки тощо. Проте у важких ситуаціях ці механізми виявляються недостатніми та справжні психопатичні особливості можуть проявитись.

Декомпенсація – загострення психопатичних рис, що супроводжується зазвичай порушеннями поведінки та

соціальною дезадаптацією. Часто виникає під дією несприятливих чинників середовища, але іноді декомпенсація може проявитись без видимих причин, як результат впливу ендогенних механізмів. Крім того, іноді психопати можуть створити навколо себе психотравмувальну обстановку, яка потім може призвести до декомпенсації.

Психопатичні фази – періодичне, без будь-яких об'єктивних причин, різке погіршення стану, який через деякий час змінюється на спонтанну ремісію – трапляються лише за деяких типів психопатій. Прикладом можуть бути дисфорії.

Трансформація типів розладів особистості відбувається як через ендогенні механізми, наприклад із віком, так і під впливом несприятливих умов середовища. Зокрема, паранояльний розвиток зазвичай починається в 30–40 років, але йому може передувати шизоїдний розлад або епілептоїдна акцентуація характеру.

Депсихопатизація – зменшення психопатичних рис характеру з багаторічною компенсацією. Повсякденні життєві труднощі та повсякденні стреси починають переноситися простіше. Тип характеру не змінюється, але водночас він вже не перешкоджає соціальній адаптації. Депсихопатизація може виникати за деяких сприятливих умов, особливо за наявності гармонійної родини, і спостерігається приблизно в 15 % випадків.

ТЕМА 9. ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Предмет і завдання патопсихології.

Патопсихологічне дослідження.

Прийоми та методи патопсихологічної діагностики.

Предмет і завдання патопсихології

Патопсихологія – прикладна галузь медичної (клінічної) психології, що вивчає розлади психіки (процесів, станів,

властивостей) на основі та за допомогою психологічної методології. Предмет патопсихології – особливості та прояви порушень психічної діяльності та структури особистості за різних психічних захворювань.

Завдання патопсихології

Диференціальна діагностика психічних розладів
Патопсихологічне дослідження виступає є джерелом додаткової інформації для уточнення нозологічного діагнозу у разі атипової, невираженої картини різних психічних захворювань, що можуть проявитись на початкових стадіях або в період ремісії. Так, необхідність у диференціальній діагностиці виявляється під час проявів перших симптомів шизофренії, під час розпізнавання стертих або «маскованих» депресій, дисимулятивних маячних переживань і деяких форм патології похилого віку.

Оцінювання структури та ступеня психічних розладів
Вирішення цього завдання полягає в дослідженні характеру та вираженості порушень окремих психічних процесів, а також у вивченні компенсаторних можливостей їх відновлення з урахуванням психологічних особливостей того чи іншого виду діяльності. Необхідність такого оцінювання виникає під час кваліфікації стану хворого та встановлення функціонального діагнозу, під час проведення психокорекційних, реабілітаційних і профорієнтаційних заходів.

Діагностика психічного розвитку та його аномалій (дизонтогенезу). Це завдання спрямоване на виявлення ступеня та структури різних форм дизонтогенезу, визначення шляхів загальноосвітнього та професійного навчання дітей із порушеннями розвитку, розроблення корекційних заходів, програм і рекомендацій для педагогів і батьків.

Дослідження особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого містить збирання даних для функціонального діагнозу. В процесі дослідження характеристик особистості основна увага приділяється вивченню системи взаємовідносин хворого з довкіллям, його установкам і соціальним позиціям. Під час постановки функціонального

діагнозу насамперед ураховуються компенсаторні механізми психіки, які можуть бути використані для соціальної та професійної адаптації хворих.

Оцінювання динаміки психічних порушень і оцінювання ефективності терапії, орієнтоване на лонгitudний підхід дослідження психічних порушень, що дозволяє відстежити динаміку змін психіки в процесі психотерапевтичного впливу та оцінити ступінь ефективності цього процесу. Також це завдання може бути актуальне на етапі формування функціонального діагнозу за відсутності чітких клінічних критеріїв, за необхідності більш глибокого судження щодо динаміки окремих психічних процесів і станів, а також для прицільного оцінювання фармакодинамічних ефектів, а також оцінювання ефективності реабілітаційних методів.

Участь в експертній роботі. Рішення цього завдання полягає в проведенні психодіагностичного обстеження, на основі якого формулюється експертний висновок.

Реабілітаційна та психокорекційна робота. Це завдання спрямоване на участь у системі комплексних психотерапевтичних заходів, метою яких є оцінювання психологічних чинників оточення хворого, посилення його особистісного та соціального статусу, оптимізація зовнішніх умов для його адаптації, а також запобігання інвалідизації.

Патопсихологічне дослідження

Патопсихологічне дослідження має декілька компонентів: аналіз історії хвороби, бесіду з хворим, спостереження, обстеження пацієнта за допомогою різних методик, зіставлення експериментальних даних з анамнестичними даними, інтерпретацію результатів.

Важливим принципом побудови патопсихологічного дослідження є обов'язкова апеляція до особистості хворого. Психологічне явище можна зрозуміти лише на основі врахування мотивів, цілей, ставлення людини до самої себе, до результату своєї діяльності. Аналізуючи особистість, ми насамперед

характеризуємо інтереси людини, зміст і мотиви її вчинків. Про патологічну зміну особистості можна говорити, якщо під впливом хвороби змінюється ставлення людини до себе та оточуючих, відсутньою є адекватне оцінювання своїх можливостей, спостерігається хаотична активність.

Особливого значення патопсихологічне дослідження набуває під час вирішення психокорекційних завдань. У цьому разі його найважливішою метою є виявлення рівня «збереженості» психічної діяльності.

Крім того, патопсихологічне дослідження містить елементи психокорекційної роботи. Багато хворих розцінюють дослідження як експертну ситуацію, що має перевірку їх інтелектуально-мнестичних здібностей. Тому патопсихолог повинен бути уважним, терпимим і тактовним, який може підбадьорити, стимулювати віру досліджуваного в себе.

Основними принципами побудови патопсихологічного дослідження є:

- системний якісний аналіз порушень психічної діяльності;
- апеляція до особистості хворого;
- виявлення не лише дисфункційних якостей, а й здорових функцій із метою їх подальшого використання в психокорекційній роботі.

Основним методом патопсихологічних досліджень є експеримент. Під час організації патопсихологічного експерименту потрібно враховувати такі правила:

експеримент повинен моделювати психічну діяльність людини, відображати ситуації, з якими людина зіштовхується в реальному житті;

в експерименті необхідно виявити структуру не лише дисфункційних, а й не пошкоджених форм психічної діяльності; побудова експериментальних завдань має враховувати можливість пошуку рішень самим піддослідним, а також дозволяти патопсихологу втручатися в діяльність хворого для того, щоб зрозуміти, яким чином він сприймає допомогу експериментатора і чи він може нею скористатися;

експериментально-психологічні прийоми потрібно направити на розкриття якісних характеристик психічних розладів; результати експериментально-психологічного дослідження потрібно точно і об'єктивно фіксувати; патопсихологічний експеримент повинен будуватися так, щоб актуалізувати не лише розумову діяльність піддослідного, а й його особистісне ставлення до експерименту.

Для патопсихолога важливо не лише те, наскільки важким і значним за обсягом було завдання та яким чином пацієнт його виконав, а й те, яким чином піддослідний його осмислив. Це означає, що патопсихолог орієнтується не на фіксацію кількості помилок у процесі виконання методики, а в основному на структуру та аналіз діяльності піддослідного. Зазначена інформація надає можливість отримати найбільш цікавий та показовий матеріал для оцінювання тих чи інших особливостей і порушень психічної діяльності піддослідних.

Точність та об'єктивність результатів, одержаних у процесі експериментально-психологічного дослідження забезпечуються ретельною реєстрацією даних, перевіркою їх у повторних дослідженнях, а також під час використання інших методів.

Патопсихологічне дослідження завжди також є і науковим дослідженням: по-перше, воно являє собою процес пізнання, по-друге, побудоване на суто наукових принципах, і, по-третє, результати дослідження виявляють факти, які можуть бути використані для формулювання загальнопсихологічних законів, закономірностей і механізмів.

Патопсихологічний експеримент можна використовувати також для впливу на особистість хворого. У цьому разі завдання патопсихолога – показати хворому шляхи можливої компенсації порушень психічної діяльності. У такому разі патопсихолог працює в тісному контакті з лікарем і психотерапевтом, погоджуючи з ними свої дії, а також бере активну участь у розробленні та обґрунтуванні реабілітаційних і психопрофілактичних програм.

Побудова експериментально-психологічного дослідження

базується на використанні великої кількості тестів і методик. Необхідність такого обумовлена тим, що процес розпаду психіки має нерівномірний характер, а різноманітні методики дозволяють виявити різні форми порушень, їх рівень та зрозуміти їх співвідношення. Крім того, як вже згадувалося, краще використовувати декілька методик для того, щоб у подальшому їх зіставити та краще зрозуміти характер патології.

Отже, програма дослідження піддослідного не може бути стандартною, тому що вона залежить як від клінічної задачі, так і від особливостей самої людини. Наприклад, за диференційної діагностики шизофренії основна увага звертається на вивчення розладів мислення. Для обстеження тут обираються методики «Класифікація предметів», «Піктограма» тощо. Під час вивчення хворого з наслідками черепно-мозкової травми особливу увагу необхідно приділити розумовій працездатності, пам'яті, виявленню порушень праксиса, тому вибір методик буде іншим.

Особливо уважно потрібно ставитися до підбору методик для патопсихологічного обстеження дитини. У цьому разі вибір визначається віком дитини, рівнем її інтелектуального розвитку, наявністю або відсутністю мовних, рухових або сенсорних порушень.

Необхідно мати за увазі, що за допомогою однієї та тієї самої експериментальної методики можна отримати матеріал, який надає можливість оцінити різні особливості психічної сфери. Наприклад, за допомогою методики «Піктограми» можна досліджувати пам'ять, абстрактне мислення, особистісні характеристики.

Прийоми та методи патопсихологічної діагностики

У патопсихологічному дослідженні застосовуються як стандартизовані, так і нестандартизовані методи.

До *нестандартизованих методів* належать: бесіда, спостереження, біографічний метод, аналіз продуктів діяльності. Ці методи дозволяють фіксувати деякі зовнішні поведінкові реакції досліджуваних у різних умовах, а також особливості

внутрішнього світу, які важко виявити іншими способами, наприклад, надмірне хвилювання або напругу, деякі особистісні риси тощо.

Позитивними особливостями нестандартизованих методів є: гнучкість і варіативність психодіагностичної процедури, можливість глибокого проникнення у внутрішній світ досліджуваного, висока ефективність під час вивчення психічних станів.

До *стандартизованих методів* належать: тести, опитувальники та проєктивні техніки. Позитивними аспектами стандартизованих методів є: врахування об'єктивних показників і можливість провести повторно методичку, оперативність та економічність у часі, кількісний диференційований характер оцінювання, можливість комп'ютеризації процедури обстеження та оброблення результатів, можливість проведення групового обстеження.

Розглянемо докладніше зазначені методи.

Метод спостереження. Цей метод полягає в цілеспрямованій організації сприйняття та реєстрації психічних явищ. У деяких галузях психології використовують метод спостереження як основний. Так, природній експеримент у межах вікової психології неможливий без спостереження за дітьми раннього віку, процесу гри, поведінки в ході занять. У патопсихології спостереження є фоновим процесом, який охоплює весь процес дослідження та триває впродовж усієї взаємодії з випробуваним. За такої постійної взаємодії одним із важливих показників професіоналізму психолога є ненав'язливість спостереження, воно не повинно викликати підозру або дискомфорт у досліджуваного.

Особливістю психологічного спостереження є відстеження окремих елементів психічної діяльності, що характеризують як емоційний стан, так і поведінкові патерни випробуваного. В першу чергу слід відзначати типові елементи поведінки, характерні для тих або інших форм психічних розладів. Також важливим може стати відстеження

парадоксальних, нехарактерних (нетипових) для хворого реакцій та особливостей поведінки. Вони можуть свідчити про зміну психічного стану або відношення пацієнта до експерименту або до експериментатора. Важливо звернути увагу на особливості зовнішнього вигляду, вираз обличчя, положення тіла, голови і кінцівок, тобто характерні для хворого пози під час обстеження. Необхідно мати на увазі, що прояви нетипових для віку випробуваного або його рівня освіти мовленнєвих висловлювань, поведінкових або емоційних реакцій можуть свідчити про деякі особливості перебігу патологічного процесу. Вся різноманітність рухових та емоційних реакцій піддослідного психологу необхідно зафіксувати в протоколі.

Метод бесіди. У психологічному дослідженні метод бесіди являє собою вид опитування, метою якого є одержання необхідної для психолога інформації. В патопсихологічному дослідженні метод бесіди має свою специфіку, оскільки об'єктом дослідження є людина з психічним розладом. Успіх проведення бесіди багато в чому залежить від рівня компетентності дослідника. Психолог обирає стратегію бесіди відповідно з метою та завданнями дослідження, а тому він повинен заздалегідь підготувати план бесіди, продумати та точно сформулювати питання, враховуючи особливості сприйняття та мислення хворого. В бесіді потрібно прагнути використовувати відкриті запитання, які передбачають розгорнуту відповідь досліджуваного, необхідно уникати складних термінів. Патопсихологічна бесіда виконує дві основні функції: діагностичну та терапевтично-корекційну. Перед виконанням завдань психолог пояснює випробуваному інструкцію, уточнює, наскільки добре він її зрозумів. У процесі дослідження психолог цікавиться принципами, якими керується пацієнт під час вибору способу вирішення завдань, стимулює його діяльність, коригує позицію щодо самооцінки, надає випробуваному допомогу у виконанні тестів і методик (підказує, хвалить або робить зауваження). Отже, за допомогою бесіди медичний психолог не лише впливає на установки пацієнта, знімає напругу, а й одержує

додаткові діагностичні дані, а також здійснює корекційну діяльність за допомогою емоційної підтримки, різних підказок, а також деякої допомоги під час виконання завдань. Можна виділити такі види допомоги:

- просте перепитування, тобто прохання повторити те чи інше слово або завдання, оскільки це привертає увагу до сказаного або зробленого;
- схвалення або стимуляція подальших дій, наприклад, «добре», «молодець»;
- питання про те, чому пацієнт зробив певну дію;
- підказки-запитання або критичні зауваження з боку психолога;
- поради використовувати той чи інший спосіб дій;
- демонстрація певної дії та прохання самостійно її повторити;
- навчання правильному виконанню завдання.

Усі реакції досліджуваного на допомогу, похвалу, критику тощо повинні бути відображені в протоколі. Одержані результати спостереження необхідно зіставляти з даними історії хвороби, що дозволить одержати цілісне уявлення про структуру дефекту.

Тести. В психології прийнято виділяти декілька різновидів тестів: тести-завдання, тести-опитувальники, проєктивні тести.

Тест-завдання передбачає одержання інформації про психологічні характеристики випробуваного на підставі аналізу його успішності під час виконання певних завдань. У тестах такого типу досліджуваному пропонується вирішити низку завдань, поданих у вербальній або невербальній формах. Кількість правильно та неправильно виконаних завдань є підставою для судження про наявність або відсутність у випробуваного певної психологічної якості, а також ступеня її вираженості. Більшість тестів, спрямованих на визначення рівня розвитку пізнавальної сфери, належить саме до цієї категорії. Для дослідження окремих пізнавальних процесів у патопсихологічному дослідженні використовують тести,

спрямовані на оцінювання тієї або іншої пізнавальної функції.

Тести-опитувальники належать до стандартизованих методів, суть яких полягає в поставленні досліджуваному питань, на які він повинен дати відповідь відповідно з вимогами інструкції. Алгоритм проведення, оброблення результатів та їх інтерпретація здійснюється відповідно методичного керівництва тесту-опитувальника. В патопсихологічному дослідженні найчастіше використовують особистісні опитувальники, спрямовані на діагностування різних психологічних характеристик людини. Необхідність їх використання виникає під час нестачі інформації, одержаної в ході емпіричного етапу дослідження, в процесі проведення експертизи (судової, військової або трудової), тому що їх застосування дозволяє одержати об'єктивне оцінювання особистісних характеристик випробуваного. Необхідно зазначити, що недоліком багатьох особистісних опитувальників є достатньо зрозуміла для випробуваного цілеспрямованість питань, внаслідок чого досліджувані можуть неправдиво відповідати. Саме тому інформацію, одержану за допомогою тестів-опитувальників, необхідно зіставляти з іншими показниками.

Проективні методики орієнтовані на виявлення різних особистісних проєкцій у процесі дослідження за допомогою спеціально розробленого стимульного матеріалу. Найбільшою перевагою проєктивних методик є використання в них специфічних стимулів, які досліджуваний повинен сам доповнювати, інтерпретувати, змінювати тощо. Наприклад, випробуваному пропонується інтерпретувати зміст сюжетних картинок, завершити незакінчені речення, описати невизначені об'єкти або домалювати їх. Ще однією перевагою проєктивних методів є різноманітність способів виконання завдання та одержання розгорнутих відповідей, які не передбачають правильних і неправильних варіантів. Вважається, що характер відповідей випробуваного являє собою індивідуальну картину або «проєкцію» внутрішнього світу особистості та її поведінкових патернів. Мета проєктивних методик замаскована,

що знижує ризик щодо неусвідомленого чи свідомого спотворення результатів. За кожною такою інтерпретацією вимальовується унікальна система особистісних смислів та особливостей когнітивного стилю особистості.

Недоліком проєктивних методик є суб'єктивність експериментатора під час інтерпретації результатів. Проєктивні методи не містять норм і математичного апарату для об'єктивного оброблення одержаних даних, вони являють собою якісний, а не кількісний підхід до дослідження особистості. Тому інтерпретація результатів зазвичай вимагає додаткової спеціальної підготовки психолога. Крім того проєктивні методи в окремих випадках можуть бути використані як самостійний спосіб дослідження. В основному результати, одержані за допомогою проєктивних методів, прийнято зіставляти з даними, одержаними за допомогою інших методів. Залежно від специфіки розрізняють кілька видів проєктивних методик:

- асоціативні, в яких піддослідні створюють образи, використовуючи певні стимули (плями, незакінчені речення);
- інтерпретаційні, в яких потрібно тлумачити зображену на картинці соціальну або побутову ситуацію;
- експресивні, в яких випробуваному пропонується намалювати малюнок на задану тему.

Метод опитування

Сутність методу полягає в одержанні інформації про об'єктивні або суб'єктивні (думки, настрої, мотиви, відносини тощо) факти зі слів опитуваних. Серед численних видів опитування найбільш поширені такі два основні типи:

інтерв'ю – опитування «віч-на-віч» (face-to-face), очне опитування, яке проводиться дослідником у формі запитань-відповідей із респондентом;

анкетування – самостійне заповнення анкети респондентом.

Глибина, повнота та достовірність відповідей залежать від умінь дослідника правильно побудувати конструкцію

опитувальника. Існують спеціальні техніки та правила проведення опитування, спрямовані на забезпечення надійності та достовірності інформації: правильна побудова вибірки, мотивування респондентів для участі в опитуванні; конструювання питань та композиції опитувальника; проведення опитування. Існують типові помилки, які потрібно уникати під час конструювання питань. Зокрема:

- відсутність порядку у відповідях (пропуски питань) внаслідок невдалого формулювання питань;
- використання спеціальних термінів, що ускладнюють їхнє розуміння;
- переважання одноманітних відповідей типу «усі чи нічого», тобто відсутність відмінностей у відповідях у респондентів, що можуть бути внаслідок побудови стереотипних питань;
- велика кількість відповідей «не знаю, важко відповісти» як результат надмірно широких, невизначених питань;
- велика кількість недоречних коментарів – виникає внаслідок неповного переліку можливих альтернатив відповіді;
- значний відсоток відмов – трапляється за поганої композиції анкети або незрозумілої інструкції.

Аналіз продуктів діяльності – сукупність прийомів, що ґрунтуються на аналізі результатів різних форм діяльності, з метою одержання психологічної інформації про піддослідних. Наприклад, аналізуючи твори, написані випробуваними, психолог може зробити висновок про спрямованість особистості, рівень інтелектуального розвитку, словниковий запас, образне мислення. Дуже важливу інформацію для аналізу дають чернетки. У медичній психології зазначений метод застосовується під час аналізу текстів, малюнків і виробів, створених хворими.

Біографічний метод належить до аналітичних клініко-психологічних методів діагностики. За допомогою вивчення історії життєвого шляху людини він дає можливість одержати

цілісне уявлення про особистість та її розвиток. Основним методичним прийомом біографічного методу в клінічній психодіагностиці є складання психологічного анамнезу.

Психологічний анамнез відрізняється від медичного тим, що його завданням є одержання відомостей з історії життя пацієнта, що стосуються психологічних аспектів його проблем зі здоров'ям та індивідуальних психологічних особливостей. На відміну від медичного анамнезу, що орієнтований на встановлення об'єктивних проявів хвороби, психологічний анамнез спрямований на виявлення суб'єктивного відношення до хвороби та її вплив на поведінку, емоції та сферу особистісних відносин хворого.

Збирання психологічного анамнезу передбачає бесіду з пацієнтом на такі теми:

1. Перенесені в минулому хвороби та реакції на них.

З'ясовується, чи були в пацієнта важкі, небезпечні для життя або тривалі захворювання та якою була реакція на них.

2. Професійний шлях, трудова діяльність і задоволеність роботою.

Проводиться розпитування про професію, її вибір, наскільки піддослідний задоволений своїм професійним статусом, якими є професійні плани на майбутнє.

3. Анамнез сімейних та інтимних відносин.

Ці відносини повинні бути простежені впродовж усього життя, починаючи з батьківської сім'ї. Необхідно з'ясувати стосунки з батьками хворого та батьками чоловіка (дружини). Виявити можливі сімейні проблеми та труднощі.

Розмову про інтимні стосунки потрібно вести дуже обережно та тактовно, з проєктивною спрямованістю – спочатку краще обмежитися загальними питанням про сексуальне життя, і лише якщо хворий виявляє бажання поділитися своїми переживаннями, можна розпитати про можливі проблеми в цій сфері.

4. Відносини з найближчим мікросоціальним оточенням поза сім'єю.

У цьому розділі проводиться розпитування про відносини з колегами по роботі та членами неформальної референтної групи (друзями, приятелями, знайомими). Важливо оцінити рівень напруженості та конфліктності у відносинах, а також наявність соціальної підтримки за межами сім'ї.

5. Найважчі події в минулому та реакція на них.

Необхідно з'ясувати найважчі події, психотравми та конфлікти в історії життя хворого, як хворий реагував і справлявся з ними, а також які саме події він вважає важкими.

6. Шкідливі звички.

З'ясовується не лише можливість зловживання алкоголем чи залежність від куріння. Уточнюються також схильності до зловживання ліками, психоактивними речовинами, а також інші шкідливі звички. Розкриваються можливі мотиваційні та зовнішні чинники, що підтримують шкідливу поведінку.

7. Розвиток розладу (хвороби).

Психологічний анамнез хвороби збирається шляхом розпитування хворого про початкові прояви проблем зі здоров'ям, обставини розвитку хвороби, пускові та підтримувальні чинники, переживання, пов'язані з хворобою, зміни у сфері відносин.

ТЕМА 10. РОЗЛАДИ ВІДЧУТТІВ, СПРИЙНЯТТЯ ТА УВАГИ

Розлади відчуттів.

Розлади сприйняття.

Основні властивості та порушення уваги.

Розлади відчуттів

Відчуття – це психічна функція, найпростіша форма чуттєвого пізнання, за допомогою якої суб'єкт відображає окремі

параметри або властивості предметів і явищ довкілля, а також одержує інформацію про стан власного організму. Фізіологічною основою відчуттів є аналізатори органів чуття, що забезпечують передачу до мозку інформації різної модальності (візуальної, аудіальної, нюхової, чуттєвої, смакової, тактильно-кінестетичної) та її аналіз.

Розлади відчуттів поділяють на два кластери: *кількісні* (зміна інтенсивності) та *якісні* зміни відчуттів. Перший кластер містить анестезії, гіпестезії, гіперестезії. До складу другого кластера входять парестезії та сенестопатії.

Гіперестезія – підвищена чутливість до різноманітних подразників: як зовнішні, так й інтеро- та пропріоцептивні подразники викликають надзвичайно інтенсивну реакцію в зв'язку з різким зменшенням нижніх абсолютних порогів відчуттів. Наприклад, стукіт друкарської машинки приголомшує хворого, палаюча свічка сліпить, а сорочка, що прилягає до тіла, драгує настільки, що здається виготовленою «з колючого дроту» тощо. Така психічна гіперестезія спостерігається під час неврозів, інтоксикації деякими речовинами (опіатами, гашишем, циклодолом тощо), на початкових етапах затьмарення свідомості, за гострих психозів.

Гіпестезія – знижена чутливість до реальних подразників, підвищення нижніх абсолютних порогів відчуттів. У цьому разі хворий майже не реагує на укол, на муху, яка повзає по обличчю тощо. Знижена чутливість до температурних подразників може призводити до нещасних випадків – опіків або обморожень. За надмірної гіпестезії аналізатор стає повністю не здатним відповідати на подразнення, і це явище носить назву *анестезії*. Анестезія зазвичай буває під час повного анатомічного розриву одного з периферичних нервових стовбурів або руйнування центрального відділу аналізатора. Втрата чутливості зазвичай поширюється на тактильну, больову, температурну чутливість (тотальна анестезія) або лише на окремі її види (парціальна анестезія). Неврологи розрізняють корінцеву анестезію, за якої повністю порушується чутливість у зоні іннервації визначеного

заднього корінця спинного мозку, і сегментарну, за якої порушення виникають у зоні іннервації визначеного сегмента спинного мозку. За деяких хвороб, наприклад, проказі (лепра), виникає специфічне ураження шкірних рецепторів із послідовним ослабленням і втратою температурної, потім больової, а далі тактильної чутливості (найбільш тривалий час за лепрозою анестезії збережена пропріоцептивна чутливість).

За *психічної гіпестезії та анестезії* відповідний аналізатор анатомо-фізіологічно формально збережений. Психічна амбліопія (сліпота), психічна анозмія (нечутливість до запахів), психічна агевзія (втрата почуття смаку), психічна глухота, психічна тактильна та больова анестезія часто трапляється під час істеричних невротичних порушень. У межах істеричної анестезії описані порушення больової чутливості за типом «панчіх і рукавичок», тобто, у хворих виникають ділянки нечутливості до болю з чіткими межами, які не збігаються з зонами іннервації певних корінців або нервів.

Парестезія. Якщо гіпестезії та гіперестезії можна кваліфікувати як кількісні розлади чутливості, то парестезії пов'язані з якісними змінами (викривленням) інформації, яка надходить із рецептора в корковий відділ аналізатора. Напевно кожен знає відчуття, що виникають від тривалого здавлювання нерва незручним положенням – «руку відлежав», «ногу відсидів». Під час порушень нервової провідності з'являються відчуття «повзання мурашок», стягування шкіри, поколювання, печія (це своєрідні коливання модальності відчуття). Парестезії частіше є ознакою неврологічного або судинного ураження.

Сенестопатії – невизначені, часто мігруючі, досить неприємні дискомфортні відчуття, які проєктуються всередину тіла (всередину тілесного «Я»): стискання та розтягування, перекочування та тремтіння, «відсмоктування», «прилипання» тощо. Вони ніколи не мають чіткої локалізації, і хворі бувають не в змозі навіть правильно їх описати. Сенестопатії трапляються під час багатьох психічних захворювань.

Розлади сприйняття

Якщо на основі відчуттів людина формує знання про окремі властивості предметів, то сприйняття дозволяє одержати цілісний образ предмета.

Сприйняття – це психічний процес формування образів об'єктів, що безпосередньо впливають на органи чуття. Сприйняття залежить від певних взаємозв'язків між відчуттями, але не зводиться до їх суми. Ми сприймаємо яблуко або м'яч як цілісний предмет, а не просто як суму кольорів гладкої поверхні та кулястої форми. Тобто сприйняття – це не похідне від сукупності відчуттів, а якісно нова ступінь чуттєвого пізнання.

Розлади сприйняття умовно поділяють на чотири групи: агнозії, ілюзії, галюцинації, психосенсорні розлади.

Агнозія – це порушення різних видів сприйняття під час збереження елементарних відчуттів і свідомості. Виникає під час ураження вторинних (проекційно-асоціативних) ділянок кори головного мозку, відповідальних за аналіз і синтез інформації, що призводить до порушення процесу розпізнавання певної серії пропонованих стимулів і, як наслідок, до порушення їх сприйняття. Розрізняють такі види агнозій: зорова, слухова, тактильна, оптико-просторова.

Зорові агнозії поділяють на:

- тотальну агнозію (невпізнання предметів або їх зображень);
- симультанну агнозію (впізнавання предметів та їх зображень, але невідпізнання зображення ситуації, в якій беруть участь ці предмети);
- агнозію кольору (людина розрізняє кольори, але не впізнає колір предметів) і шрифтів (пише, але не може прочитати);
- просторову агнозію (порушення орієнтування в просторових ознаках зображення);
 - лицьову агнозію;
 - географічну агнозію (невпізнання маршруту або місцевості).

Тактильна агнозія може бути у вигляді:

- астереогнозії (предмети не сприймаються на дотик, не розпізнається матеріал, з якого вони складаються – це агнозія текстури, або пальцева агнозія, коли не ідентифікуються пальці рук);

- соматогнозії (не впізнається схема свого тіла).

Слухова агнозія пов'язана з порушенням впізнавання знайомих звуків (наприклад, одна з різновидів слухової агнозії – амузія – невідпінання музичних звуків).

Потрібно розрізняти істинні агнозії та псевдоагнозії.

Псевдоагнозії мають додатковий елемент, якого немає в агнозіях: дифузне, недиференційоване сприйняття ознак. Псевдоагнозії виникають під час серйозних інтелектуальних порушень – деменцій. Справа в тому, що під час зменшення впливу організуючої функції мислення сприйняття стає розосередженим: неістотні ознаки предметів можуть переходити в центр уваги, що призводить до неправильного впізнавання (кінь сприймається як птах, тому що вуха стоять сторчма, а на те, що кінь запряжений у віз, хворі не звертають уваги). Під час псевдоагнозії також страждає ортоскопічність: перевернуті предмети не сприймаються, тоді як показані в прямій експозиції – впізнаються.

До особливих форм агнозії відносять дереалізацію та розлади «схеми тіла».

Дереалізація – порушення сенсорного синтезу інформації, що надходить із зовнішнього світу. В кінцевому підсумку довкілля втрачає свою чутгеву реальність – його сприйняття спотворюється. Наприклад, людина може втратити сприйняття либини простору, й тоді довкілля сприймається їй як двовимірне зображення.

Спотворення сприйняття можуть стосуватися також певних ознак предмета – форми (метаморфопсія), величини (збільшення – макрופсія, зменшення – мікрופсія) тощо. Під час поропсій порушується оцінювання відстані – людині здається, що предмети розміщені далі, ніж вони є в дійсності; під час

дисмегалопсії розлад сприйняття стосується подовження, розширення, скошеності або перекрученості навколо осі оточуючих предметів.

Близькими до дереалізації є розлади, коли звичайна, знайома обстановка сприймається абсолютно новою (феномен «ніколи не баченого», або, навпаки, нова обстановка (місцевість, вулиця, будинок) сприймається добре знайомою та відомою (феномен «уже баченого»). Особливо хвилюють хворих спотворення часу – його уповільнення (брадіхронія) або прискорення (тахіхронія), а також втрата емоційних компонентів сприйняття навколишнього – «все застигло, оскляніло», а «світ став подібний до декорації». У хворих майже завжди зберігається критичне ставлення до цих порушень, вони суб'єктивно вкрай неприємні.

Розлади «схеми тіла» характеризуються різними симптомами порушень сприйняття власного тіла, своєрідних відчуттів збільшення або зменшення ваги, розмірів усього тіла або його частин (рук, ніг, голови). До розладів схеми тіла належать також порушення сприйняття співвідношення між частинами тіла: хворі говорять про неправильне положення вух, «перекручення» тіла. Зазначені зміни хворий відчуває лише під час закритих очей, водночас під контролем зору всі неправильні уявлення про своє тіло зникають.

Ілюзії та галюцинації

Ілюзією називають спотворене сприйняття реально існуючих предметів або явищ. Ілюзії класифікують за органами чуття – зорові, слухові, тактильні та інші. Залежно від основних причин, що лежать в основі спотворення сприйняття, всі ілюзії також можна поділити на фізичні, фізіологічні та психічні.

Фізичні ілюзії пояснюються об'єктивними фізичними законами і не залежать від самої людини. Прикладом фізичної ілюзії, яку можна зафіксувати навіть фотоапаратом, може бути сприйняття ложки в склянці води. Ложка здається зламаною через різне заломлююче світло, властивості води та повітря.

Фізіологічні ілюзії знаходять своє пояснення в особливості устрою та діяльності наших органів чуття. Наприклад, спробуйте натиснути збоку на очне яблуко, і негайно предмет, на який ви дивитесь, роздвоїться. Роздвоєння предмета виникає через збільшення диспаратності його зображення на рогівках очей. Інший приклад ілюзії цього типу ми знаходимо в Аристотеля: перехрестіть два пальці та почніть катати між ними невелику кульку, і вона буде здаватися подвійною. Коли предмет спочатку стикається з вказівним пальцем, а потім із середнім пальцем, обидва зіткнення відбуваються в різних звичних для нас точках простору. Дотик до вказівного пальця здається вище, хоча палець насправді знаходиться нижче; дотик до середнього – нижче, хоча палець у дійсності вище.

Психічні ілюзії пов'язані як з різними психічними станами людини, так і з деякими психологічними особливостями нашого сприйняття. Під час захворювань психічні ілюзії спостерігаються найчастіше під час розладів свідомості, під час збуджень (екзальтація, екстаз) у маніакальних хворих або станах страху та тривоги під час депресій. Ілюзії в цих станах майже не коригуються, і хворий схильний вважати ці помилки сприйняття реальністю. Вербальні ілюзії, коли хворий замість нейтральної мови чує в свою адресу лайку, погрози та образи, часто трапляються на ранніх етапах виникнення слухових вербальних галюцинацій під час деяких психозів. Вони відрізняються від так званих функціональних слухових галюцинацій тим, що під час ілюзій образ, що виникли, поглинає образ реального предмета (хворий «чує замість...»), під час галюцинацій – патологічний образ із реальним не зливається («чує разом з...»).

У здорових на тлі різних психічних станів (чекання, тривога чи страх) також часто виникають психічні ілюзії. Наприклад, входячи до кімнати, людина може злякатися неочікуваної постаті біля вікна, але відразу заспокоїться, тому що зрозуміє – її злякали пальто та капелюх, що були на вішалці. І якщо серед перехожих у місті ми помилково бачимо людину, про яку думаємо, то мова теж йде про психічні ілюзії.

Галюцинації – це розлади сприйняття, коли людина внаслідок порушень психічної діяльності бачить, чує, відчуває те, чого в дійсності не існує, інакше кажучи – це «уявне, помилкове сприйняття». Галюцинації можуть виникати за психічних захворювань, а також у здорових людей в експериментах із сенсорною ізоляцією або під час застосування деяких препаратів (галюциногенів); галюцинації також можна викликати в людини, яка перебуває в глибокому гіпнотичному сні.

Галюцинації зазвичай класифікують за органами чуття: зорові, слухові, нюхові та інші. Крім того, галюцинації поділяють на справжні та помилкові (псевдогалюцинації).

Справжні галюцинації характеризуються чуттєвою ясністю, вони розгортаються в реальному просторі того чи іншого аналізатора, тобто хворі насправді бачать людей, з якими можуть спілкуватись або бачать певні об'єкти, чують звуки, тощо. Поведінка хворих зазвичай відповідає змісту галюцинаторних переживань, і вони переконані, що всі люди навкруги також бачать і чують їхні галюцинаторні образи.

Псевдогалюцинації відрізняються від істинних галюцинацій тим, що за них немає повної чуттєво-тілесної ясності образів, і це зближує їх з уявленнями. Хворі говорять про видиме та чутне, додаючи «ніби», хоча вони при цьому наполягають на реальності своїх галюцинацій. Псевдогалюцинаторний образ розгортається в уявному, а точніше – інтрапсихічному (суб'єктивному) просторі того чи іншого аналізатора, тому хворі можуть повідомляти про можливість «бачити» за лінію горизонту або через непрозорі перешкоди, а також повідомляють про звуки, що виникають «усередині голови». Псевдогалюцинації свідчать про більш несприятливий перебіг психічного захворювання, часто набувають затяжного та хронічного характеру, супроводжуються порушеннями мислення.

Іноді з групи псевдогалюцинацій окремо виділяють *екстракампінні галюцинації*, які проєктуються поза полем досяжності відповідного аналізатора. Водночас хворі «бачать» позаду себе, за стіною, «чують» за багато сотень кілометрів.

У здорових людей на тлі стомлення або виснаження іноді під час засипання короткочасно виникають зорові або слухові галюцинації, схожі на псевдогалюцинації, які називають гіпнагогічними через близькість їх до сновидінь. Зорові або слухові галюцинації, що виникають у момент пробудження, називаються гіпнопомпичними.

Зорові та слухові галюцинації часто поділяють на прості (фотопсії – сприйняття спалахів світла, зірочок, іскор; акозми – сприйняття звуків, шуму, тріскотіння, свисту, плачу) та складні (вербальні – сприйняття членороздільної мови).

Галюцинації, що виникають унаслідок психічної травматизації, називають *психогенними*. Вони поділяються на такі різновиди:

– домінантні (слухові та зорові) з психологічно зрозумілим змістом, що відображає психічну травму, і є емоційно насиченими;

– ейдетичні (частіше слухові), які відтворюються за типом кліше (наприклад, постійне галюцинаторне відтворення похоронної музики);

галюцинації уяви Дюпре, де фабула впливає з істероїдних мрій і фантазії;

індуковані галюцинації виникають за типом взаємного навіювання та самонавіювання на тлі емоційної напруги;

навіяні галюцинації: симптом Рейхардта (навіяне читання за чистим аркушем паперу), симптом Ашаффенбурга (навіяна уявна розмова за відімкненим телефоном), симптом Липмана (навіяні зорові галюцинації після десятисекундного натискання на очні яблука) тощо.

Основні властивості та порушення уваги

Увага – це спрямованість психіки на певні об'єкти або явища, що відповідають потребам суб'єкта, цілям і завданням його діяльності. Увага, що належить до пізнавальних процесів, є умовою їх перебігу, тобто увага – це завжди увага до чого-небудь.

Увага виконує низку таких специфічних функцій:

- відбір значущих, необхідних у даний момент сигналів, які відображають існуючу потребу;
- ігнорування (гальмування, усунення) інших, неістотних на даний момент сигналів;
- концентрація на важливій на даний момент діяльності доти, аж поки намічена мета не буде досягнена;
- регулювання та контроль діяльності, що виконується на даний момент.

Тимчасові порушення уваги часто бувають під час стомлення або під впливом сильних емоцій. Стійкі проблеми з увагою можуть відображати як особистісно-вікові характеристики людини, так і бути наслідком різних захворювань.

Підвищений рівень перемикання мимовільної уваги з низькими можливостями концентрації властивий дітям дошкільного віку, але може виникати також у дорослих на тлі астенії під час різних захворювань або під час перевтоми.

Підвищена концентрація на своїх думках із труднощами перемикання на інші види діяльності спостерігається у тих, хто займається розумовою діяльністю, з іншого боку, такі властивості уваги трапляються також у хворих із нав'язливими та надцінними ідеями.

Слабкість концентрації уваги, що поєднується з труднощами перемикання, є типовою, наприклад, для хронічного кисневого голодування мозку під час церебрального атеросклерозу в літніх людей, але може також виникати в здорових осіб під час стомлення.

Порушення уваги спостерігається за певних локальних уражень головного мозку, астеничних та афективно-емоційних станів, під час різних психічних і соматичних захворювань. Патологічні порушення уваги, які необхідно враховувати в клінічній практиці, проявляються в таких формах, як: неувважність, звуження обсягу, виснаженість та інертність уваги.

Неувважність – це порушення концентрації уваги під час впливу побічних подразників або в процесі перемикання уваги. Залежно від різних механізмів, що лежать в основі формування

неуважності, виділяють декілька її видів:

неуважність у формі мало контрольованого мимовільного перемикання уваги (спостерігається в ранньому дитинстві, а також у дітей і дорослих під час астеничних станів, неврозів різної етіології, за деяких соматичних розладів, під час фізичної та розумової перевтоми тощо);

надмірна концентрація за ускладненого перемикання уваги (спостерігається в людей, зосереджених на певній одній справі, наприклад, у науковців або творчих людей, зосереджених на своїх думках, а також за психічних розладів, для яких характерні надцінні та нав'язливі ідеї);

слабка концентрація за уповільненого перемикання, що обумовлена зниженням рухливості нервових процесів. Для такого стану характерним є не лише дуже слабке зосередження уваги, але ще більш слабка здатність до перемикання (спостерігається в людей похилого віку, під час церебрального атеросклерозу, хронічного алкоголізму, наркоманії, на пізніх стадіях шизофренії).

Звуження обсягу уваги виражається в патологічному зосередженні уваги, обумовленому слабкістю її розподілу. Доросла людина за такої особливості уваги одночасно може сприймати не більше ніж 2–3 одиниць інформації (за норми 5–6 одиниць). Звуження обсягу уваги спостерігається під час пухлин і травматичних уражень головного мозку, невротичних розладів і деяких соматичних захворювань.

Виснаження уваги характеризується прогресувальним зниженням активності уваги в процесі роботи. Проявляється в різкому зниженні якості та темпу виконання завдання. В клініці найчастіше спостерігається під час деяких соматичних захворювань, черепно-мозкових травм і судинних захворювань мозку, неврозів і психозів різної етіології.

Інертність уваги характеризується малорухливістю пізнавальних процесів у цілому, загальмованістю перемикання уваги або її патологічною фіксацією. Спостерігається під час локальних уражень головного мозку, під час епілепсії, психопатій

параноїдального та шизоїдного типу, під час шизофренії.

ТЕМА 11. РОЗЛАДИ ПАМ'ЯТІ

Пам'ять – психічний процес.

Парамнезії.

Пам'ять як психічний процес

Пам'ять – це здатність індивіда запам'ятовувати, зберігати та відтворювати інформацію. Пам'ять має такі процеси: запам'ятовування, збереження та відтворення. *Запам'ятовування* – процес, унаслідок якого відбувається закріплення нової інформації. *Збереження* – це процес утримання інформації в пам'яті та деяка її трансформація. *Відтворення* – пригадування інформації. Розрізняють *мимовільне відтворення*, коли попередня інформація актуалізується без великих зусиль (наприклад, ви зустрічаєте знайомого на вулиці та відразу ж його впізнаєте) і *довільне*, коли людина докладає зусиль, щоб пригадати матеріал (наприклад, студент на іспиті може відчувати значні труднощі, відповідаючи на запитання).

Існує ще один процес пам'яті, який завжди викликає неабияке зацікавлення – забування. *Забування* – це процес, який полягає в неможливості пригадати необхідну інформацію. Забування може бути повним або частковим, тривалим або тимчасовим. За *повного* забування матеріал не лише не відтворюється, а навіть не впізнається. *Частковим* є забування, коли людина в цілому пам'ятає певну подію або матеріал, але відтворює інформацію з помилками. *Тимчасове* забування пов'язане з гальмуванням нервових зв'язків, *тривале* забування – з їх згасанням.

Забування може бути обумовлено різними чинниками. *Час* є досить очевидною причиною забування. Механічно завчений

матеріал (шляхом зубріння) забувається на 50 % через півгодини. Коли запам'ятовування є осмисленим, то завчений матеріал забувається повільніше – близько 50 % інформації забувається через три дні. Певним винятком є рухові навички, що є досить стійкими – людина, яка навчилася їздити на велосипеді в дитинстві, легко згадує свої навички через багато років, навіть якщо не користувалася велосипедом довгий час (порівняйте – коли ви вивчаєте іноземну мову, без постійних тренувань інформація зникає дуже швидко).

Забування є природним процесом, в основі якого лежать різноманітні психофізіологічні та психологічні механізми. Насамперед забування відбувається внаслідок згасання слідів пам'яті. Ще одним механізмом забування є *інтерференція* – накладання слідів пам'яті. Інтерференція може бути проактивною та ретроактивною. *Проактивне гальмування* – вплив попередньої інформації на подальше запам'ятовування. Наприклад, людина намагається запам'ятати матеріал, але попередні події (інша інформація) постійно перебуваючи в свідомості, призводять до швидкого забування поточної інформації. *Ретроактивне гальмування* – вплив діяльності, що відбувається безпосередньо після процесу запам'ятовування та впливає на його результативність. Особливо вираженим є ретроактивне гальмування, коли після вивчення певного матеріалу виконується аналогічна діяльність (вчити французьку мову відразу після уроку англійської буде неефективним).

Актуальність є ще одним чинником, пов'язаним із забуванням. Забувається часто те, в чому немає необхідності, що не цікавить людину. Наприклад, труднощі в запам'ятовуванні матеріалу студентом будуть обумовлені тим, що він вважає певну інформацію не потрібною для майбутньої професійної діяльності.

Захисні механізми також можуть стати причинами забування певних подій. Зокрема, можуть забуватися неприємні, травмувальні події, те, що порушує психологічну рівновагу.

Із законів пам'яті виділяють:

ефект Зейгарник – незавершені дії запам'ятовуються краще ніж

завершені;

криву забування Еббінгауза – найбільш інтенсивно забування відбувається безпосередньо після заучування, також воно не має лінійної залежності. Р. Еббінгауз описав низку закономірностей запам'ятовування:

- прості події в житті, що супроводжуються сильними переживаннями, запам'ятовуються швидше, зберігаються міцніше та довше;
- складні, але менш цікаві події (емоційно нейтральні) запам'ятовуються гірше, ніж емоційно значущі;
- кращому запам'ятовуванню та відтворенню сприяє підвищена концентрація уваги та зосередженість на інформації;
- між точністю відтворення та впевненістю в цій точності не завжди існує однозначний зв'язок;
- під час запам'ятовування довгої низки краще всього відтворюється його початок і кінець («ефект краю»);
- для асоціативного зв'язку вражень та їх відтворення важливим є те, чи складають вони логічно пов'язане ціле або являють собою розрізнені елементи;
- дивні, незвичайні враження запам'ятовуються краще, ніж звичні, банальні.

Серед законів формування мнестичних розладів найбільш відомим вважається *закон Рібо*, відповідно до якого порушення (втрата) пам'яті (як і її відновлення) відбуваються в хронологічному порядку – спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні та недавні враження, потім – на старі. Відновлення відбувається в зворотному порядку.

Під час розгляду клінічних порушень пам'яті необхідно дотримуватися поділу пам'яті як психічної функції на два типи: декларативну та процедурну пам'ять.

Під *декларативною (експліцитною) пам'яттю* розуміється довільна пам'ять на події та об'єкти. Вона локалізується в медіальних частинах скроневих часток.

Під *процедурною (імпліцитною) пам'яттю* розуміють

пам'ять на дії, навички, звички, тобто вона має вивчені, набуті способи поведінки. Така пам'ять може бути без участі свідомості та волі. Вона локалізується у відповідних сенсорних і моторних відділах мозку.

Порушення пам'яті практично завжди зачіпають декларативну, а не процедурну пам'ять. У повсякденному сенсі під пам'яттю теж розуміється саме декларативна пам'ять.

Ще одним пунктом, необхідним для розуміння клінічних порушень пам'яті, можна використати поділ пам'яті за характером інформації, що запам'ятовується – семантична та епізодична (автобіографічна) пам'ять.

Семантична пам'ять – це пам'ять, в якій закодовані та збережені лише основні значення інформації, характерні ознаки події або об'єкта, що дозволяють відрізнити його від інших феноменів або внести його у загальний клас за типом «частина – ціле». *Епізодична пам'ять* являє собою форму пам'яті, в якій інформація зберігається з усіма супутніми їй випадковими «мітками» про те, де, коли і як була одержана ця інформація.

У нормі запам'ятовуванню піддається семантична інформація, тоді як епізодична з часом втрачається. У разі порушень пам'яті змінюється співвідношення процесів консолідації семантичної та епізодичної інформації: епізодична домінує або «заважає» відтворенню основної інформації.

У цілому під час порушень пам'яті мова йде про порушення збереження, пошуку та встановлення функціональних зв'язків між різними кодами інформації щодо подій та об'єктів. Оскільки пам'ять тісно пов'язана з мовленням, мисленням, сприйняттям, емоціями та довільними діями, то її порушення бувають настільки характерними, що можуть бути найважливішим діагностичним критерієм у розпізнанні деяких гострих і хронічних психічних захворювань. Специфічні порушення пам'яті можуть свідчити про наявність процесуального психічного захворювання, про різні варіанти слабоумства (деменції) тощо.

Дисмнезії

Виділяють такі розлади пам'яті: *дисмнезії* (до них належать амнезії, гіпермнезії, гіпомнезії) і *парамнезії* (до них належать конфабуляції, псевдоремінісценції, ехомнезії, кріптомнезії).

Дисмнезіями називають формальні розлади динамічних процесів пам'яті.

Не завжди розлади пам'яті (особливо формальні) є ознакою психічного захворювання. Вони можуть траплятися і в психічно здорових людей за особливих умов (у стані перевтоми, афекту, астенії, викликані соматичною хворобою). Але дуже часто порушення пам'яті входять у структуру психічного дефекту за різних психічних захворювань та аномалій.

Розглянемо окремі види дисмнезій.

Амнезія – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати та відтворювати інформацію.

Як видно з визначення амнезії, в межах амнестичних розладів можуть порушуватися всі три мнестичні процеси.

Під час порушення процесу запам'ятовування виникає *фіксаційна амнезія*, різновидом якої є перфораційна амнезія. Фіксаційна амнезія характеризується порушенням фіксації одержуваної людиною інформації, різко прискореним процесом забування. Під час перфораційної амнезії інформація фіксується частково, частина її не запам'ятовується. Варіантом перфораційної амнезії є алкогольний палімпсест (втрата здатності відтворювати окремі деталі, епізоди, подробиці, що належать до періоду інтоксикації).

Щодо подій, що відбуваються в різний час від початку розладу, виділяють такі типи амнезій:

ретроградна – випадіння з пам'яті подій до початку гострого періоду хвороби (розладу); ретроградна амнезія може виникнути, наприклад, після черепно-мозкової травми;

к

антероградна – втрата спогадів про події, що відбуваються після

н

г

р

а

д

гострого періоду хвороби (розладу); антероградну амнезію можна спостерігати після пошкоджень у гіпокампі або хронічних отруєнь, а також під час деменцій;

антероретроградна – забування подій, що відбувалися до, під час і після гострого періоду хвороби (розладу); цей вид амнезії, ймовірно, виникає внаслідок тимчасової недостатності кровообігу в гіпокампі.

За порушеною функцією пам'яті розрізняють такі типи амнезій:

фіксаційна – на поточні та недавні події;

анекфорія – нездатність відтворення інформації без підказки;

прогресувальна – спочатку настають труднощі в спогадах, потім – забудькуватість на поточні та недавні події, потім забуваються все більш віддалені події, а потім страждає пам'ять змісту подій. Не одна закономірність прогресувальної амнезії – спочатку забувається більш організована інформація (наприклад, наукові факти), потім – події, що траплялися багато разів. Потім йде розпад практичної пам'яті – пам'яті навичок і настає апраксія.

За динамікою проявів розладів пам'яті виділяють такі амнезії:

ретардійна – забування настає через деякий час після певного негативного впливу; людина якийсь час добре пам'ятає інформацію, але потім, через певний час – вже не може її відтворити;

стаціонарна – стійке порушення пам'яті без видимих змін (поліпшень або погіршень) у часі;

лабільна (переривчаста) – порушення коливаються впродовж деякого часу – то виникають, то зникають;

регресійна – амнезія з частковим відновленням пам'яті.

Порушення динаміки мнестичних процесів є не стільки індикатором порушення пам'яті у вузькому сенсі, скільки ознакою виснаження психіки, нестійкою працездатністю (яка визначається ставленням до довкілля та до себе, особистісною позицією в ситуації, здатністю регуляції поведінки, цілеспрямованістю зусиль).

A і B порушення пам'яті

Амнезії можуть бути обумовлені або втратою збереженої інформації під час переведення її з короткотривалої пам'яті в довготривалу, або помилками в процесі пошуку ситуативно необхідної інформації (функціонально зумовленими гальмуваннями зв'язку між кодами).

Перший тип порушень пам'яті (втрата інформації) одержав назву *«порушення пам'яті типу А»* (дегенеративні амнезії). Він викликається нещасними випадками, фізичними травмами, інтоксикаціями, хворобами головного мозку та судинними змінами в мозку. Дегенеративні процеси руйнують безпосередньо матеріальну основу мнестичної функції психіки. Основною ознакою порушення типу А є втрата інформації. Амнезії типу А одержали назву *«дійсних амнезій»*.

Дійсні амнезії в клінічному розумінні мають такі ознаки порушень пам'яті:

- збережений рівень інтелекту;
- короткотривала пам'ять у межах норми;
- переважає антероградний аспект пам'яті.

На теперішній час вважається, що за дійсних амнезій найчастіше порушується кодування епізодичної (контекстуальної або автобіографічної) інформації, що супроводжує інформацію про зміст події.

Смислова пам'ять більшою мірою визначає наше знання про будь-що, тоді як епізодична пам'ять характеризує саме спогади про особисті обставини цього знання (як воно пов'язане саме з нами). Цією обставиною можна пояснити парадокс, за якого людина з істинною амнезією може успішно виконувати завдання тесту і запам'ятовувати поточну абстрактну інформацію, але не може пригадати події зі свого життя.

Другий тип порушень пам'яті (помилки пошуку) одержав назву *«порушення пам'яті типу В»* (дисоціативні амнезії). За такого типу амнезій інформація міститься у вигляді нейронного коду, однак він не може бути актуалізований. Найчастіше людина з амнезією типу В відчуває почуття, що *«щось крутиться на язиці,*

але сказати точно важко». Основною ознакою порушень типу В є дисоціація між змістами різних кодів інформації.

До амнезій типу В належать невротичні забування (дисоціації), постгіпнотичні забування, феномен «уже баченого (пережитого)», а також феномен «подвійної свідомості». Оскільки фактично випадіння з пам'яті інформації під час амнезій типу В не відбувається, їх часто називають *парамнезіями*. Виходячи з того, що безперервність і цілісність сприйняття є необхідною якістю свідомості, порушення зв'язків між інформацією, яка запам'яталася, компенсуються утворенням нових зв'язків, що зберігають для особистості суб'єктивну безперервність течії часу та послідовності подій, а також їх осмисленість і внесення в особисту історію (автобіографію).

Зміни пам'яті типу А («справжні амнезії») виникають під час неврологічних порушень, тоді як порушення пам'яті типу В (парамнезії) виникають у межах психічних порушень.

Гіпомнезії та гіпермнезії

Порушення пам'яті, поряд із тотальними, можуть носити частковий характер. Під час зниження пам'яті говорять про гіпомнезії, а під час підвищення пам'яті – гіпермнезії. Зазначені розлади часто формуються на базі емоційних порушень. Гіпомнезія супроводжує депресивний спектр симптомів, а гіпермнезія – маніакальний (наприклад, ейфорію).

Гіпермнезія – мимовільне покращання пам'яті, що проявляється в підвищенні здатності відтворення давніх, незначних, не актуальних подій минулого. Водночас слабшає запам'ятовування поточної інформації та особливо сильно страждає довільне запам'ятовування і відтворення. Під час гіпермнезії відбувається підсилення механічної пам'яті за значного погіршення показників логіко-сенсорної пам'яті. Таке порушення пам'яті може траплятися під час особливих станів свідомості, в гіпнотичному сні, під час прийому алкоголю та деяких наркотиків, а також за різних психічних захворювань (в окремих випадках шизофренії, психопатії, під час маніакальних і гіпоманіакальних станів тощо).

Гіпомнезія – часткове випадіння з пам'яті інформації. Порушується здатність запам'ятовувати, утримувати та відтворювати окремі події або їх деталі (пацієнт не згадує все, що повинен був згадати, а лише найважливіше, яскраве або те, що часто повторюється). Погано відтворюються дати, імена, терміни, цифри. Гіпомнезії є клінічними розладами пам'яті, що трапляються досить часто. Гіпомнезія може бути тимчасовою, епізодичною або мати стійкий, незворотний характер. Такі порушення пам'яті можуть стосуватися однієї або декількох модальностей (зорової, слухової тощо). Гіпомнезія входить у структуру багатьох психопатологічних синдромів (невротичного, психоорганічного тощо), а також є симптомом природженого або набутого слабоумства.

Парамнезії

Парамнезіями називають патологічну продукцію мнестичних процесів. До них належать

Конфабуляції – розлади пам'яті, за яких нездатність запам'ятовувати події та пригадувати їх призводить до відтворення вигаданих подій, яких насправді не було. Хибні спогади можуть належати як до недавнього, так і віддаленого минулого, вони бувають не лише спонтанними, а й спровокованими певними питаннями, підказками співрозмовника (*індуковані конфабуляції*).

Екмнестичні конфабуляції – хибні спогади, що належать до далекого минулого. Саме з останніми бувають пов'язані стани нічної конфабуляційної сплутаності пацієнтів у похилому віці. Такі пацієнти втрачають орієнтацію в часі та безпосередній ситуації, не впізнають оточуючих, не розуміють зверненої до них мови, робляться дуже метушливими, наприклад, спонтанно можуть почати збиратися в подорож. Тривають такі стани до декількох годин. Нерідко вони виникають під час погіршення соматичного самопочуття.

Фантастичні конфабуляції – хибні спогади нереалістичного змісту, що виникають поза зв'язками з

симптомами амнезії. Реальні враження зберігаються в пам'яті, однак вони втрачають актуальність, пацієнти зазвичай бувають захоплені помилковими спогадами про якісь грандіозні події: своє велике минуле як творці або володарі світу, уявних героїчних подвигів, колишнє неймовірне багатство, дивовижні пригоди, сенсаційні події. Зміст таких вигадок зазвичай відповідає переважаючому фону настрою.

Псевдоремінісценції – порушення хронології подій у пам'яті, наприклад, окремі події, що відбувалися в минулому, переносяться в сьогодення.

Криptomнезії – порушення пам'яті, під час якого уявні спогади сприймаються як відображення реальних подій і навпаки. Наприклад, побачене уві сні сприймається пацієнтом як те, що сталося в стані неспання, а те, що було пережито в дійсності, згадується як побачене уві сні. Аналогічні порушення спостерігаються і щодо інших джерел інформації: прочитаного, почутого від будь-кого, побаченого в кінофільмі тощо. Водночас криptomнезії в дитячому віці розглядаються як варіант норми.

Ехомнезії – обмани пам'яті, за яких нова подія сприймається як схожа з тим, що вже колись відбувалось. Інша назва цього виду парамнезій – феномен «вже баченого» (фр. –*déjà «вже почутого»* (фр. – *déjà entendu*) або «вже обдуманого» (фр. – 'За такого розладу поточне сприйняття події одночасно проєктується в сьогодення та минуле. Феномен «вже баченого» характеризується переконаністю людини в тому, що вона вже колись переживала подібну подію, але не може пригадати, де і коли це відбувалось. Під час дежавю подія сприймається як повністю ідентична події з минулого. Крім феномена дежавю до ехомнезій також належать парамнезії Піка – такий різновид спогадів «уже пережитого», коли людина лише відзначає деяку схожість ситуації, але розуміє, що вона не ідентична події минулого.

У психіатричній клініці в хворих після черепно-мозкових травм, пухлин головного мозку, гематом, нерідко трапляється Корсаківський амнестичний синдром, який містить фіксаційну

амнезію та парамнезію (конфабуляції, псевдоремінісценції). Часто в хворих із амнестичним синдромом порушується орієнтування в місці та часу.

ТЕМА 12. РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ ТА УЯВИ

Загальна характеристика мислення.

Класифікація розладів мислення.

Патологія суджень та умовиводів.

12.4. Розлади уяви.

Загальна характеристика мислення

Мислення – це вища форма психічної діяльності, найбільш складний пізнавальний процес, який являє собою опосередковане та узагальнене відображення суб'єктом дійсності. Опосередкованість у цьому разі означає, що людина може мислити про предмет, навіть якщо ніколи безпосередньо не взаємодіяла з ним (ми можемо мати уявлення про клімат і тваринний світ Африки, не відвідуючи цей континент). Узагальненість передбачає, що ми мислимо за допомогою понять, абстрактних категорій (наприклад, щоб назвати людину доброю, ми повинні уявляти, що передбачає поняття «доброта»).

Порушення способу сприйняття та перероблення інформації (основні когнітивні розлади) впливають на якість мислення. Наприклад, за нестійкої уваги, порушень пам'яті тощо людина одержує неправильні відомості про ситуацію, в якій вона перебуває, і відповідно може зробити неправильні висновки про поточні та майбутні події. Наприклад, під час аутизму людина більшою мірою віддає перевагу внутрішнім імпульсам, тоді як зовнішні джерела інформації можуть нею ігноруватися. Внаслідок людина робить неправильні висновки та прогнози щодо ситуації, в якій перебуває. Під час затримання розумового розвитку деякі види інформації не можуть бути адекватно

сприйнятті та враховані у висновках і припущеннях, що не дозволяє мисленню виконувати свою основну функцію узагальненого відображення істотних сторін реальності. Під час пошкоджень скроневих ділянок мозку змінюються процеси пам'яті, що впливає на розпізнавання необхідних аспектів ситуації, дезорганізує сприйняття подразників і не дозволяє їх категоризувати. Зміни на клітинному рівні спотворюють інформацію, що надходить (наприклад, під час шизофренії або хвороби Альцгеймера), даючи неправильні відомості про реальність, із чого випливають неадекватні ситуації вирішення певних задач. Порушення форм мислення виникають найчастіше під час психозів. Водночас людина перестає дотримуватися базових логічних законів упорядкування інформації, що призводить до нереалістичних умовиводів.

Мислення як процес проходить у вигляді операцій або розумових дій із психічним змістом, в яких подана інформація щодо різних подій як реальних, так і уявних. Такими операціями є аналіз, порівняння, узагальнення, абстрагування, синтез і конкретизація. В реальному процесі мислення ці операції взаємозалежні та неподільні.

Аналіз – уявне або фізичне розділення об'єкта, ситуації, явища на складові частини з метою їх подальшого вивчення. Зокрема аналіз загальної інформації про хворобу надає можливість детальніше вивчити її симптоми, синдроми, причини та умови виникнення, форми перебігу, вплив на працездатність пацієнта, на його здоров'я та в цілому на життя.

Порівняння – зіставлення вражень про різні об'єкти або явища з метою виявлення ознак подібності та відмінності між ними. Наприклад, порівняння пацієнтів навіть з однією і тією самою хворобою та ідентичним діагнозом дозволяє встановити, що перебіг захворювання має не лише спільні риси, а й у різних пацієнтів вона проявляється по-різному.

Узагальнення – виявлення ознак, ідентичних для різних об'єктів та явищ. На основі таких ознак можуть бути сформовані однорідні групи об'єктів. Отже, створюються класифікації

якихось явищ, подій, предметів: «рослини», «планети», «пацієнти», «злочинці» тощо. Назва того або іншого класу об'єктів є для нього узагальнювальним терміном.

Абстрагування – виділення істотних властивостей предметів або явищ. Лікар швидкої допомоги, наприклад, насамперед виявляє ознаки хвороби, які свідчать про загрозу життю пацієнта, і відволікається від інших, другорядних; судовому психіатру необхідно зосередитися на симптомах, які свідчать про неосудність або недієздатність підекспертного, іншим психічним порушенням він приділяє менше уваги.

Синтез – об'єднання різних аспектів знання про об'єкт або явище в цілісну структуру, пізнання цілого в єдності та взаємному зв'язку його частин. Синтез у повсякденному мисленні здійснюється шляхом використання індивідом засвоєних ним раніше когнітивних схем – стандартних або звичних способів об'єднання різноманітних вражень. Розпад когнітивних структур за певних захворювань може призвести до вкрай негативних наслідків (наприклад, деменцій).

Конкретизація – аналіз об'єкта в різноманітні його зв'язків і відносин. Ця операція протилежна абстрагуванню. Наприклад, можна мати гарну ерудицію і водночас залишатися абсолютно безпорадним у повсякденному житті, тобто знати набагато більше, ніж розуміти та вміти.

Клінічна класифікація розладів мислення

Розлади мислення умовно поділяють на дві великі групи: *кількісні* (розлади асоціативного процесу) та *якісні* (патологія суджень та умовиводів).

Кількісні розлади мислення

Розлади асоціативного процесу. Більшість асоціативних розладів мислення трапляються не в ізолюваному, «чистому» вигляді, а в найрізноманітніших поєднаннях.

Порушення темпу мислення

а) Прискорене мислення (тахіфренія) – збільшення

кількості асоціацій в одиницю часу. Мислення зберігає цілеспрямованість, але стає непродуктивним унаслідок переважання простих асоціацій (за співзвучністю, подібністю, суміжністю, контрастом), думки стають поверхневими та малодоказовими. Вищим ступенем прискорення мислення є симптом «стрибків ідей» – найвищий ступінь відволікання з безперервною зміною тематики висловлювань залежно від предметів, що випадково потрапили в поле зору. Прискорене мислення характерно для маніакальних станів.

б) Уповільнене мислення (брадіфренія) – зменшення кількості асоціацій в одиницю часу. Мислення хоча і зберігає свою цілеспрямованість, але також стає малопродуктивним – асоціативний процес збіднюється. Уповільнення асоціативного процесу є типовим для депресій.

Порушення рухливості мислення

а) Детальне мислення – умовиводи досягаються не за коротким, ефективним шляхом, а через безліч побічних, другорядних асоціацій, неістотних деталей і подробиць, що робить мислення неекономічним.

б) Ґрунтовне мислення – виражена деталізація, що поєднується з тривалим застряганням на побічних асоціаціях (докладність), але все ж з подальшим поверненням до основної теми думки; це «лабіринтове», малопродуктивне мислення.

в) В'язке мислення – найвища ступінь докладності, під час якої деталізація до такої міри спотворює основний напрямок думки, що робить її практично незрозумілою, а мислення непродуктивним. Хворий зазвичай сам не може утримати основну лінію розмови, тому що не може звільнитися від побічних асоціацій і застрягає, «в'язне» в них. У певних випадках «застрягання думок» проявляється в тому, що хворий на будь-які питання дає однакову відповідь або одноманітно повторює одну фразу. Таке порушення мислення називається персеверація. Персеверації часто відбуваються під час ураження сенсорного центру Верніке.

Порушення рухливості мислення характерні для

епілептичного недоумства, органічних захворювань мозку.

Порушення цілеспрямованості мислення

а) Резонерське мислення – мета міркування в хворого «вислизає», що призводить до роздумів щодо неістотних приводів, марнослів'я тощо. Незважаючи на те, що мова побудована граматично правильно, вона є багатослівною та переважаною дієприслівниками та вступними словами. Таке мислення є не лише непродуктивним, а й дуже конкретним, оскільки використовує лише безпосередній досвід, без орієнтації на узагальнення та абстрагування.

б) Атаксичне («розірване») мислення – характерна повна відсутність логічного зв'язку між асоціаціями: те, що повинно бути об'єднаним – роз'єднується, а різнорідне – з'єднується. Про наявність атаксичного мислення свідчать граматично правильно побудовані фрази, що не мають змісту: «Пішов у магазин верхи на триповерховому будинку», «Летить крилами під водою».

в) Паралогічне мислення – порушення формування логічних зв'язків між асоціаціями, але, на відміну від розіраного мислення, за якого поняття поєднуються на основі повністю випадкових ознак, у цій формі мислення порушується формальна логіка. Хворий приходять до абсолютно необґрунтованих, навіть безглузких висновків, тому що в ланцюзі міркувань відбувається «зісковзування» з основного асоціативного ряду на побічний унаслідок втрати логічного зв'язку між елементами. Точніше асоціації тут виникають не за законами формальної логіки, а на основі іншої, «зрозумілої» лише самому хворому логіки. Такого роду паралогізми спостерігалися також у стані афекту, який порушує логічний плин думок, а постійний розлад є характерним для шизофренії.

г) Символічне мислення. Символіка, безумовно, властива нормальному мисленню, коли вона відображає загальноприйняті ідеї та погляди (герби, математичні знаки, персонажі байки тощо). Під час патологічного символізму вона стає суто індивідуальною та незрозумілою оточуючим. Водночас логічне перероблення інформації в міркуваннях хворого є, але в загальноприйнятті

поняття, якими він оперує, вкладається інший зміст, зрозумілий лише йому самому. Внаслідок багато явищ і предметів довкілля набувають для хворого особливого, відмінного від загальноприйнятого, значення.

На початкових стадіях символізм може проявлятися аморфністю мислення, де помітна лише нечіткість використання понять. Водночас граматично правильно побудована мова набуває розпливчастого характеру, і думки хворого починають бути малозрозумілими для оточуючих – неясно, «про що» хворий говорить (необхідно відрізнити від резонерства, коли незрозуміло, «навіщо» хворий це говорить).

Патологія суджень та умовиводів

До цієї групи розладів належать маячні, надцінні, нав'язливі ідеї.

Маячні ідеї – це неправильні, помилкові думки, що не піддаються корекції ні шляхом переконання, ні будь-яким іншим способом. Маячня завжди виникає на хворобливій основі та порушує адаптацію людини до середовища; вона базується не на знаннях або досвіді, а є результатом хворобливого внутрішнього стану. Особистість продукує певні хибні переконання, які можуть бути неприйнятним для інших. Маячні ідеї мають такі ознаки: помилковий зміст ідей, хвороблива основа їх виникнення, переконаність в їх правильності, недоступність психологічній корекції.

Маячні ідеї також називаються первинним маренням, а під час його формування можна часто помітити певну етапність – спочатку маячний настрій, а потім маячне сприйняття та тлумачення зовнішніх подій із подальшою «кристалізацією» власне хворобливої ідеї. Під час первинного марення можна навіть говорити про своєрідну віру хворого в свої хворобливі ідеї – він «відчуває», що він має рацію (аналогічно релігійним відчуттям або під час забобон у здорової людини). Первинна маячня є істинним розладом мислення та недоступна розумінню в термінах культурного або освітнього рівня пацієнта, що

відрізняє його від інших видів переконань (нормальна переконаність, домінувальна або надцінна ідея).

На відміну від первинного, вторинне марення є доступним розумінню та поясненню під час поєднання з іншими психопатологічними явищами, такими як галюцинації або зміни настрою. Наприклад, хворий, який переконаний, що його «отруюють сусіди», може спочатку одержати цю інформацію від «голосів», які він «чує».

Нав'язливі ідеї. Нав'язливі ідеї характеризуються появою в свідомості настирливих думок, які сам хворий критично оцінює як хворобливі, безглузді та як такі, що не відповідають дійсності. Водночас такі думки постійно повторюються і хворий не може їх позбутися. Нав'язливі ідеї (обсесії) суб'єктивно важко переживаються людиною та досить часто поєднуються з нав'язливими діями. Розрізняють такі нав'язливості:

Абстрактні нав'язливості – марне мудрування та нав'язливі роздуми. Безплідне мудрування, або душевна, розумова жуйка роздумувати над непотрібними або навіть безглуздими питаннями (наприклад, хворий змушений думати, чому права рука називається саме правою, а ліва – лівою). Нав'язливі розрахунки (аріфмоманія) виражається настирливим прагненням утримувати в пам'яті кількість пройдених кроків, перехожих, стовпів, автомобілів і розраховувати певні співвідношення між цифрами, які для хворого набувають важливого значення.

Нав'язливі репродукції – настирливе пригадування забутих або непотрібних термінів, імен, визначень, епізодів із життя. Наприклад, ономаманія – це нав'язливе згадування різних імен. *Образні нав'язливості* – прості фобії (страхи конкретного змісту), нав'язливі побоювання, уявлення та спогади, контрастні уявлення та дивні думки, а також настирливий потяг до виконання певних дій (компульсій).

Надцінні ідеї – думки, що займають у свідомості людини надмірно велике місце. У хворих ставлення до домінуючих ідей буває різним, але іноді ці ідеї починають їх обтяжувати. Не

сумніваючись в їх правильності, хворий розуміє, що вони надмірно захопили повністю його особистість. Негативний вплив таких ідей полягає не в тому, що вони неправильно відображають дійсність, а в тому, що певні реальні факти привертають увагу хворого занадто довгий час («залипання» уваги). Досить часто в психіатричній клініці домінуючі ідеї передують виникненню інших хворобливих ідей, зокрема марення. Види надцінних ідей: *Ідеї ревностів і зради* – впевненість пацієнта в тому, що його сексуальний партнер зрадив або може це зробити.

Кверулянтські надцінні ідеї – настійливі думки пацієнта про те, що з ним обійшлися несправедливо, порушили його права на певні блага та привілеї.

Релігійні надцінні ідеї – переконаність пацієнта, що він виявив та усунув досить істотні помилки якогось віровчення. Мова при цьому йде лише про якісь дрібниці, але в очах пацієнта їх цілком достатньо, щоб заснувати власний напрямок або секту. В інших випадках пацієнти думають, що вони пророки і, щоб врятувати цей світ, починають проповідувати своє вчення.

Надцінні ідеї самовдосконалення – впевненість пацієнта в тому, що прийнята ним система оздоровлення, особистісного зростання або духовного очищення є надзвичайно ефективною. Водночас він витрачає багато часу та сил на те, щоб жити в межах власної системи, залишаючи без належної уваги інші аспекти свого життя.

Надцінні ідеї досягнень – упевненість пацієнта в тому, що його внесок у науку, мистецтво, політику, громадське життя або в щось інше є дуже значним і винятково важливим, а він сам є талановитою, непересічною особистістю. Зіткнувшись із невизнанням себе як талановитого або видатного діяча, наступні роки свого життя він витрачає на те, щоб донести власну думку щодо себе оточуючим.

Надцінні ідеї помсти – впевненість пацієнта в тому, що його оточують недобррозичливці, заздрісники, вороги. Розвиток таких ідей може відбуватися за таким сценарієм. Спочатку пацієнт стикається з очевидним фактом своєї неспроможності в чому-

небудь. У чоловіків, наприклад, це може бути статева слабкість. Параноїк не здатний прийняти свій недолік через хворобливе самолюбство й тому сприймає його як важкий стрес. Він не може вирішити цю проблему, опиняючись у полоні своєї ригідності. З часом він починає розуміти, що оточуючі люди, особливо жінки, глузують над ним і ставляться з зухвалим презирством. Поступово вони в його очах перетворюються на ворогів, він переймається ненавистю до жінок, а потім починає мстити їм тим чи іншим способом. Його жорстокість часом доходить до того, що він не зупиняється навіть перед вбивством.

Надцінні ідеї збагачення – впевненість пацієнта в тому, що багатство допоможе йому панувати над людьми і взагалі робити з ними все, що він захоче, аби відчувати свою перевагу над оточуючими. Вся його діяльність зводиться до того, щоб будь-якими шляхами отримати багато грошей. Водночас людина не вкладає гроші в якусь справу, їй важливо, щоб гроші були десь у надійному місці. Пацієнт відмовляє собі в усьому, може жебракувати, маючи значну кількість грошей.

Надцінне ставлення до стану зміненої свідомості – впевненість пацієнта в тому, що в стані зміненої свідомості (сп'яніння, використання наркотиків, гіпноз, сон тощо) виявляються найкращі якості його особистості, які є прихованими в звичайному стані неспанья.

Іпохондричні надцінні стани – перебільшення тяжкості реального, частіше соматичного, захворювання. Таке сприйняття власної хвороби не пов'язане з тривогою та страхом, як це властиво для типової іпохондричної реакції на хворобу астеничної особистості. Під час надцінної іпохондрії хвороба сприймається як щось принизливе, що руйнує образ власного Я та призводить до комплексу неповноцінності. Для емоційного стану більше характерна депресія з підвищеною підозрілістю, невпевненістю в собі та перебільшенням реальної небезпеки. Часто такий стан супроводжується озлобленістю та агресією. Пацієнти схильні звинувачувати в своїй хворобі інших людей, а під час лікування вимагати до себе особливої уваги.

Надцінні ідеї фізичної вади – перебільшення тяжкості реального тілесного дефекту. Це перебільшення, як і під час надцінної іпохондрії, не належить до констатації наявної проблеми. Воно відображає суб'єктивне сприйняття пацієнтом власної зовнішності та особливостей тіла. Зазвичай усвідомленість дефекту супроводжується появою інтенсивного та стійкого відчуття власної неповноцінності. Одночасно з цим спостерігаються типові для параноїка сенситивні ідеї у відносинах. Йому здається, що оточуючі його зневажають, відчують під час його появи невдоволення, відразу, ворожість, унаслідок чого така людина може зненавидіти навіть близьких і стати агресивним.

Розлади уяви

Уява – це форма активності, в основі якої лежить потреба в творчості та пошук нових адаптивних стратегій поведінки. Уява може бути активною та пасивною. Активна уява пов'язана з цілеспрямованими зусиллями особистості. Для пасивної уяви характерним є створення образів, що не втілюються в життя, програм, які не здійснюються або взагалі не можуть бути здійснені. Водночас уява є заміною діяльності, її сурогатом, за допомогою якого людина відмовляється від необхідності діяти.

Виділяють такі розлади уяви:

Синдром дефіциту уяви. Характеризується відсутністю або втратою здатності індивіда формувати продуктивні комбінації з власних ідей, образів або думок. Дефіцит уваги супроводжується стереотипним мисленням і діями. Креативний потенціал таких пацієнтів різко знижений, придумати щось своє, оригінальне вони бувають абсолютно не в змозі. Вельми складно для них зрозуміти нове, невідоме, що виходить за межі безпосереднього досвіду. Хворі нездатні спрогнозувати наслідки власних дій або висловлювань. Досвід минулого не використовується, навіть у разі повторення певної ситуації. Особливо сильно страждає уява під час слабоумства.

Синдром патологічного фантазування трапляється в

дітей, підлітків, рідше – в зрілому віці в пацієнтів з ознаками інфантилізму. Спільними ознаками розладу є:

- аутистична відірваність від реальності, незвичайний зміст образів фантазії;
- не залежний від зовнішніх чинників потік фантазій;
- стороннє втручання або навіть інтенсивні зовнішні стимули не можуть перервати потік фантастичних ідей;
- одноманітність, стереотипність образів і сюжетів фантазій;
- емоційне включення у зміст вигадок, які сприймаються пацієнтами як більш важливе та цікаве, ніж те, що відбувається в дійсності;
- блокада активної уваги, внаслідок чого переважає пасивна увага, що заповнюється фантастичними образами;
- стійкий, тривалий характер вигадок та ідей, у деяких випадках цей стан триває впродовж кількох місяців або навіть років;
- дефіцит активної уваги та взагалі недостатня продуктивність довільної інтелектуальної діяльності;
- відсутність усвідомлення хворобливості фантазування, а також активних спроб пацієнтів йому протидіяти;
- сенсорна яскравість образів фантазій, що стають схожими на реальні об'єкти.

Синдром Мюнхгаузена – симулятивний розлад, за якого людина перебільшено зображує (симулює) або штучно викликає в себе симптоми хвороби, щоб піддатися медичному обстеженню, лікуванню, госпіталізації, хірургічному втручанню тощо. Причини такої поведінки повністю ще не вивчені. Загальноприйнятим поясненням причин синдрому Мюнхгаузена є те, що симуляція хвороби дозволяє людям із цим синдромом одержати увагу, турботу, симпатію та психологічну підтримку, яких їм не вистачає. Пацієнти з синдромом Мюнхгаузена зазвичай заперечують штучну природу своїх симптомів, навіть якщо їм надають докази симуляції. Зазвичай вони мають тривалу історію госпіталізацій через майстерне симулювання ознак

хвороби. Не одержуючи очікуваної уваги до вигаданого захворювання, хворі з синдромом Мюнхгаузена часто стають скандальними та агресивними. У разі відмови в лікуванні з боку одних лікарів, хворий звертається до інших.

Окремими ознаками (симптомами) синдрому Мюнхгаузена можуть бути:

Фантастична псевдологія – форма патологічної брехні, втілена в грандіозних історіях, що поєднують правду та вигадку. Під тиском пацієнт із псевдологією може визнати, що вигадана їм історія – брехня. Фантастична псевдологія буває як самостійним явищем, так і частиною інших психіатричних синдромів.

Міфоманія – різновид патологічної брехливості, обумовлений конституційно-психопатичними особливостями особистості (міфоманічна конституція). Називається також госпітальною залежністю, лікарняним звиканням, госпіталізмом, псевдосимуляцією, поліхірургічною пристрастю, синдромом професійного хворого. Належить до групи соматоформних розладів.

Синдром Агасфера. Це симуляція больового синдрому пацієнтами з наркоманією з метою отримати доступ до наркотиків та інших психоактивних препаратів. Такі пацієнти мігрують з одного лікувального закладу до іншого, де затримуються до того часу, поки лікарі або медичний персонал викривають їх брехню.

ТЕМА 13. РОЗЛАДИ ІНТЕЛЕКТУ

Вроджене слабоумство.

Деменція.

Хвороба Альцгеймера.

Вроджене слабоумство

Інтелект – загальна здатність до пізнання та вирішення проблем, що визначає успішність будь-якої діяльності та лежить

в основі інших здібностей. У межах концепції еволюційного розвитку психіки інтелект розглядається як рівень розвитку психіки, що зумовлює ефективність адаптації до різних життєвих обставин та успішність у вирішенні практичних завдань. Існує безліч теорій інтелекту, як і його визначень, проте сутність цього поняття зводиться до його основної функції: забезпечення ефективного оброблення інформації та її використання в процесі вирішення практичних завдань.

Інтелект і мислення тісно пов'язані, але вони не тотожні, мислення є механізмом інтелекту. Розумові операції (аналіз, синтез, судження, умовивід) є категоріями, які опосередковують та актуалізують інтелектуальний потенціал. Водночас інтелект передбачає накопичення певного багажу знань і формування когнітивних стратегій його використання під час виконання практичної діяльності. Відмежування інтелекту від мислення є необхідним у вивченні психічних патологій, тому що, з одного боку, існують як самостійні такі різновиди порушень як розлади мислення за збереженого інтелекту, а з іншого – зниження інтелекту за відносною збереженості окремих розумових операцій.

У МКХ–10 порушення інтелекту належать до групи психічних розладів і розладів поведінки (клас V), зокрема надбане слабоумство (деменція) розглядається в межах підгрупи «Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади» (F00–а вроджене слабоумство (олігофренія) в межах підгрупи «Розумова відсталість» (F70–F79). Термін «олігофренія» в МКХ–замінений синонімічним поняттям – «розумова відсталість». Відштовхуючись від цієї класифікації та традиційних уявлень про інтелект, розглянемо його інтелект у межах двох категорій: розумова відсталість (вроджене слабоумство) та деменція надбане слабоумство).

Розумова відсталість (вроджене слабоумство) – це вроджений або набутий на ранній стадії онтогенезу психічний дефект, який характеризується недорозвиненням психіки та виявляється у формі порушень інтелектуальної діяльності, особистісного розвитку та соціальної адаптації індивіда.

Ознаками розумової відсталості є:

- стійкість;
- незворотність;
- органічне походження дефекту;
- непрогресивність (відсутність змін).

В етіології розумової відсталості виділяють дві основні групи чинників: ендогенні (спадкові чинники) та екзогенні. Перша група чинників має спадкові, хромосомні захворювання. Глибокі ступені розумової відсталості частіше трапляються під час рецесивного типу успадкування, а в етіології неглибоких дефектів визначальну роль відіграють домінантні та полігенні спадкові чинники.

Групу екзогенних чинників поділяють на дві основні підгрупи:

чинники, що діють на плід через організм матері під час вагітності;

чинники, які пошкоджують головний мозок немовляти в перинатальний і ранній постнатальний періоди (до 2–3 років).

Унаслідок впливу того чи іншого шкідливого чинника формування більшості функцій нервової системи не досягає рівня повноцінної норми, а багато важливих для життєдіяльності та адаптації функцій не формуються взагалі. Необхідно зазначити, що для розумової відсталості нехарактерна прогресивність інтелектуального дефекту. Навпаки, в процесі розвитку та накопичення знань, умінь і навичок можливе підвищення рівня адаптації.

Розумова відсталість має різний ступінь вираженості: дебільність, імбецильність, ідіотія.

Дебільність (IQ = 50–70) являє собою легку ступінь слабоумства, що характеризується слабкою здатністю до навчання та соціальної адаптації. У хворих домінує наочно-образне мислення. Спостерігається порушення таких розумових операцій, як аналіз, синтез, абстрагування та узагальнення, що знаходить відображення в примітивних судженнях та умовиводах. Словниковий запас може бути досить великим, але

мова недорікувата й містить аграматизми, такі люди мають проблеми під час оволодіння читанням і письмом. З іншого боку, у них добре розвинена механічна пам'ять і здатність до наслідування, які забезпечують можливість набуття елементарних трудових вмінь і навичок. Довільність психічних процесів не формується, в поведінці проявляється імпульсивність, відбувається слабкий самоконтроль, нездатність гальмувати власні емоційні потяги та прогнозувати результати своїх дій. Орієнтація в практичних, життєвих питаннях може бути цілком адекватною, вони непогано пристосовуються до життєвої ситуації, з роками відставання стає менш вираженим і виявляється не так явно.

Імбецильність (IQ = 20–50) являє собою середній ступінь слабоумства, що характеризується різким зниженням здатності до навчання та соціальної адаптації. Добре розвиненим залишається лише наслідування, за допомогою якого особи з імбецильністю можуть засвоїти елементарні навички самообслуговування. Страждає не лише абстрактне, а й наочно-образне мислення. Для них є недоступним розуміння відносин між об'єктами та явищами, а також встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Імбецили не в змозі опанувати читанням і письмом. Словниковий запас становить у середньому 150–200 слів, що дозволяє вимовляти нескладні фрази, але мова ще більшою мірою, ніж під час дебільності, аграматична та недорікувата. Емоції бідні, одноманітні, всі психічні процеси є інертними. Нову ситуацію хворі сприймають негативно через те, що все нове викликає у них підвищене збудження та тривогу. За невираженої імбецильності не нижче ніж 35) хворі здатні до засвоєння простих трудових навичок (прибирання, прання, миття посуду) та елементарних трудових дій (підбирати за кольором і розміром прості деталі для побутових виробів тощо). Імбецили потребують постійної опіки та контролю.

Ідіотія (IQ < 20) – найбільш важка ступінь слабоумства, яка характеризується практично повною відсутністю мови та мислення. Також відсутня здатність наслідувати, повторювати

певні дії, внаслідок чого неможливим стає засвоєння навіть елементарних навичок самообслуговування. Реакція на зовнішні подразники або неадекватна, або взагалі відсутня. Психічне життя являє собою вегетативне існування. Під час ідіотії середнього та легкого ступеня може відбуватися деяке розуміння мови, міміки та жестикуляції, фіксація погляду на предметах. У хворих можуть спостерігатися примітивні емоції, за допомогою яких вони виражають задоволення або незадоволення у формі крику, плачу, рухового збудження. Легко виникають напади злості, що проявляється у вигляді люти та агресивної поведінки як щодо оточуючих, так і щодо самого себе (кусаються, дряпаються, завдають ударів). Досить часто хворі можуть поїдати свої екскременти, жувати все, що потрапляє в поле зору. На самоті можуть вести себе непередбачувано, повторюють стереотипні дії (плескають у долоні, розмахують руками, розгойдуються тощо).

Деменція

Деменція (придбане слабоумство) – це прогресуючий розлад психічних функцій унаслідок патології головного мозку різної етіології, який проявляється в частковій або повній втраті накопичених знань і здібностей, у загальному зниженні продуктивності психічної діяльності та деградації особистості. Деменція трапляється не лише в старих людей, а й у дитячому віці. Дитячу деменцію потрібно відрізнити від олігофренії. Ознаки, що відрізняють дитячу деменцію від олігофренії:

- час виникнення (деменція – постнатальний період, олігофренія – пренатальний, натальний і ранній постнатальний);
- тип дизонтогенезу (деменція – стійке недорозвинення, олігофренія – ушкоджений розвиток);
- характер ураження ЦНС (деменція – локальний, олігофренія – тотальний);
- структура дефекту (деменція – мозаїчність дефекту, олігофренія ієрархічність дефекту);

- перебіг хвороби (деменція – прогресивний, олігофренія – непрогресивний).

Патогенез і клінічна картина набутого слабоумства в дорослих, як і вродженого, досить варіативна та залежить в основному від місця розміщення та масштабу ураження головного мозку.

Розрізняють деменцію за ступенем вираженості дефекту: легка, помірна, важка.

Легка деменція характеризується:

- істотним зниженням працездатності;
- значним порушенням соціальної діяльності.

Водночас здатність до самостійного життя зберігається, правила особистої гігієни дотримуються. Відбувається критичне ставлення до зниження інтелекту, тому такі люди прагнуть компенсувати когнітивний дефіцит. Частота легкої деменції в осіб старше 65 років становить, за деякими даними, 10 %.

Помірна деменція характеризується:

- втратою працездатності;
- зникненням соціальної активності.

Пацієнти не здатні до самостійного життя, потребують певного нагляду за собою, оскільки, виходячи на вулицю, можуть не знайти дороги додому, забувають вимкнути воду, газ, не в змозі приготувати собі їжу, оплатити рахунки, розпорядитися грошима. Критичне ставлення до зниження інтелекту частково зберігається, проте реакція на хворобу та прагнення компенсувати когнітивний дефіцит зазвичай відсутні. Частота помірної деменції в літніх людей становить 5 %.

Важка деменція характеризується:

- порушенням повсякденної діяльності;
- нездатністю виконувати правила особистої гігієни;
- втратою здатності говорити та розуміти мову оточуючих.

Пацієнти потребують постійного нагляду, критика до свого стану повністю відсутня.

Залежно від особливостей клінічних проявів виділяють

лакунарну та тотальну деменцію.

Лакунарна деменція (часткова). Характеризується порушенням окремих пізнавальних процесів. Більшою мірою страждає пам'ять. Хворі не здатні до засвоєння нових знань, але отримані раніше поведінкові патерни та професійні навички залишаються довгий час незмінними. Також відбувається зниження якості мислення, сповільненість темпу психічних процесів унаслідок загального ослаблення психічної активності. Водночас хворі критично відносяться до власного дефекту, який вони намагаються компенсувати різними способами, наприклад, записуючи важливу інформацію. Емоційні порушення проявляються у формі лабільності, підвищеної сльозливості, сентиментальності. В цілому кардинальних змін психічних властивостей особистості за лакунарного недоумства не спостерігається, що свідчить про збереження «ядра особистості».

Тотальна деменція (загальна) характеризується відносно рівномірним і безповоротним зниженням показників усіх форм психічної діяльності (розпад психіки). У хворих спостерігається постійне погіршення як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті, зниження психічної активності, що виявляється в нездатності зосередитися на будь-чому. Регрес розумової діяльності характеризується грубим порушенням усіх розумових операцій: аналізу, синтезу, абстрагування, узагальнення, що відображається в слабкості або неадекватності суджень та умовиводів. Емоційні порушення характеризуються похмурістю, апатичністю, періодичною дратівливістю. Втрата морально-етичних принципів і цінностей робить безконтрольними інстинктивні потреби. Хворі втрачають критику до свого стану та поведінки, їх судження та вчинки стають абсурдними. Всі ці ознаки свідчать про примітивізацію – розпад «ядра особистості». Тотальна деменція спостерігається під час дегенеративних захворювань (хвороба Альцгеймера, Піка), під час сифілісу головного мозку та прогресивного паралічу. В деяких випадках до аналогічного результату призводить локальний патологічний процес, наприклад, під час травм, пухлин головного мозку.

Найважчою та фінальною стадією тотальної деменції є маразм, який свідчить про атрофію кори головного мозку та практично повне припинення психічної діяльності людини. Під час маразму згасають базові інстинкти (харчовий, самозбереження). Хворі стають абсолютно безпорадними та потребують постійного догляду (годування, санітарно-гігієнічних заходів тощо).

Хвороба Альцгеймера

Хвороба Альцгеймера (ХА) – поширене серед літніх людей дегенеративне захворювання головного мозку, проявом якого є поступово прогресуюча деменція. Поширеність хвороби Альцгеймера в цілому – 1–1,5 %. Жінки хворіють у 2–3 рази частіше чоловіків, проте така відмінність, можливо, пов'язана з їх дещо більшою тривалістю життя. Причини виникнення ХА на сьогодні ще недостатньо вивчені, але можна вважати встановленим, що підвищення ризику розвитку хвороби Альцгеймера пов'язано з такими чинниками: вік, наявність хвороби в близьких родичів, а також синдром Дауна.

У процесі розвитку захворювання відбувається поступова дифузна атрофія мозку з розширенням мозкових шлуночків. Важливим патогенетичним моментом ХА вважається різке зниження кількості холінергічних нейронів і зменшення змісту ацетилхоліну в головному мозку.

Початок хвороби важко помітити, розвивається вона поступово. У разі початку захворювання до 65–70 років є ймовірність наявності в сімейному анамнезі подібних форм деменції. Слабоумство починається з поступового погіршення пам'яті на поточні події та поступово переходить у фіксаційну амнезію, коли хворий втрачає здатність до запам'ятовування нового матеріалу. Виникає амнестичне дезорієнтування, пацієнт стає цілковито безпорадним і безглуздо метушливим. Паралельно з розладом пам'яті розвиваються порушення мислення, що закінчуються недоумством.

Ознаки захворювання за стадіями:

Доклінічна стадія

Ознаки зниження інтелектуальної діяльності, легка забудькуватість, складнощі у визначенні часу, неповне відтворення подій.

Стадія м'якої деменції

Порушення запам'ятовування поточних подій, складності під час орієнтування в часі або просторі, порушення абстрактного мислення, зниження здатності узагальнювати та порівнювати, неможливість самостійно, без помилок здійснювати фінансові операції, подорожувати, листуватися тощо.

Стадія помірно вираженої деменції

Посилюється амнестичним синдромом у вигляді втрати пам'яті на події сьогодення та недавнього минулого, водночас зберігаються спогади про дитинство та молодість, з'являються вигадані спогади. Спостерігається просторова та часова дезорієнтація, підвищена тривожність, емоційна нестійкість. Хворим потребують допомоги та підтримки.

Стадія важкої деменції

Глибокий розпад пам'яті, хворі повністю втрачають уявлення про час і довкілля, не пам'ятають власне ім'я, місце проживання тощо, втрачається здатність до елементарних мислительних процесів; люди з такими порушеннями потребують постійного догляду.

Завершальна стадія

Руйнується вся психічна діяльність хворих, спостерігаються важкі неврологічні розлади, залишаються лише примітивні рефлексії, спостерігаються гримаси плачу та сміху, хворі часто лежать у позі «ембріона», з'являються епілептичні приступи.

На кожному з етапів розвитку захворювання можуть спостерігатися такі форми поведінки: агресія, крики, гіперактивність, збудження, занепокоєння, намагання піти з дому, сексуальна розгальмованість, марення тощо.

Патопсихологічні симптоми хвороби Альцгеймера

Хворі усвідомлюють виникнення проблем на початкових

стадіях хвороби (за 1–2 роки та раніше), у зв'язку з чим переживають тривогу, розгубленість, занепокоєння, почуття провини, намагаються якимось замаскувати свої проблеми (наприклад, ведуть ретельні записи своїх справ, відчуваючи проблеми з пам'яттю). Поступово усвідомлення хвороби зникає, поведінка пацієнта стає все більше примітивною та нецільеспрямованою, втрачаються елементарні навички самообслуговування. Тривалість хвороби від перших ознак до смерті – 7–10 років.

На перших етапах хвороби можуть виникати окремі психотичні розлади у вигляді марення нанесення шкоди («обікрали сусіди»), марення отруєння, патологічні ревності, відбуваються одиничні генералізовані епілептиформні напади, епізодичні слухові галюцинації. З іншого боку, довше порівняно з іншими психозами старечого віку, зберігаються критика до захворювання та усвідомлення власної неспроможності.

На стадії помірно вираженої деменції характерні клінічні ознаки ХА:

поєднання порушень пам'яті та інтелекту поряд із розвитком розладів вищих коркових функцій, порушення мови («логоклонія» – переривчасте повторення окремих складів, коротких слів, вигуків);

дизартрія – порушення мови, яка стає нечіткою, важкою для розуміння, хворим важко даються окремі, особливо приголосні, звуки;

ехолалія – повторення окремих слів або словосполучень, що вимовляються в присутності хворого та які він чує;

формується симптом амнестичної афазії – порушення здатності називати предмети, водночас хворий може описати предмет, а під час невеликої підказки (наприклад, першої букви, з якої починається слово) – навіть пригадати потрібне слово:

алексії – неможливість впізнавати літери або символи, нездатність читати та розуміти текст.

На важкій стадії ХА рухи стають ригідними, хода – уповільненою, з човганням. Посилюються всі види апраксії

втрата здатності робити звичні операції, виконувати знайомі рухи), що призводить у підсумку до повного знерухомлення.

Діагноз ХА встановлюють з урахуванням ознак, що є характерними для всіх деменцій:

- зниження пам'яті, що особливо виявляється під час засвоєння нової інформації (фіксаційна амнезія);
- зниження функцій абстрактного мислення, яке повинно бути підтверджено даними експериментально-психологічного обстеження;
- зниження контролю над емоціями та соціальною поведінкою, що виявляється щонайменше в одній із таких ознак: а) емоційна лабільність; б) дратівливість; в) апатія; г) примітивізація соціальної поведінки.

Хворобу Альцгеймера, використовуючи комплекс методик, потрібно відрізнити насамперед від судинної деменції та психічних розладів під час непатологічного старіння. Різниця передусім полягає в тому, що під час зазначених розладів у людини, з одного боку, спостерігається деяке зниження когнітивних функцій, але водночас істотно не порушується соціальне та побутове функціонування, здатність до самообслуговування тощо.

Необхідно також унеможливити наявність пухлини мозку, нейросифілісу, травми голови та наявності гематом, дефіцит вітаміну В12. Іноді діагноз ХА може помилково ставитись у випадках, що зовні нагадують деменцію, але до неї не належать – під час поганого харчування, за низької температури в житловому приміщенні, під час нерозпізнаної депресії, за безсистемного прийому ліків тощо.

ТЕМА 14. СВІДОМІСТЬ ТА ЇЇ РОЗЛАДИ

Загальна характеристика свідомості.

Пригнічення свідомості.

Спотворення свідомості.

Реактивні стани свідомості.

Загальна характеристика свідомості

Свідомість у психології зазвичай розглядається в двох аспектах. По-перше, як вищий рівень психічного розвитку та саморегуляції. По-друге, як думки та почуття, які індивід усвідомлює на цей момент.

У медицині, зокрема в психіатрії, традиційно розлади свідомості протиставляються «ясній свідомості». Поняття «ясність свідомості» в психіатрії має важливу діагностичну цінність – один і той самий симптом за «ясної свідомості» та під час її розладів набуває зовсім іншого значення. Наприклад, маячні ідеї самі собою не мають самостійного негативного прогностичного значення, якщо спостерігаються під час сутінкового стану свідомості. Водночас цей симптом у хворого з ясною свідомістю свідчить про важкий зазвичай шизофренічний стан.

Отже, терміном «ясна свідомість» у медицині прийнято позначати такий психічний стан людини, за якого в ньому зберігається здатність усвідомлювати власну особистість, місце, час, навколишнє оточення, свої дії тощо.

Людина в стані ясної свідомості адекватно оцінює нову інформацію з урахуванням уже наявних у неї знань, виділяє себе з довкілля, зберігає сформовану систему відносин до свого оточення та на основі цих даних контролює власну поведінку.

Не лише психічні, а й різноманітні соматичні захворювання, особливо такі, що супроводжуються лихоманкою або серйозними порушеннями обміну речовин, можуть викликати різні розлади свідомості.

До основних симптомів розладу свідомості, на думку німецького психіатра К. Яспера, належать: відсторонення від реального зовнішнього світу (часткова або повна відсутність розуміння того, що відбувається навколо); дезорієнтація в просторі, в часі та в своєму «Я»; втрата зв'язності (розлад мислення та пам'яті, внаслідок чого

порушується усвідомлення подій та їх перебіг).

Під час опису рівня збереженості свідомості розрізняють аутопсихічне та алопсихічне орієнтування. Перше означає орієнтування у власній особистості, друге – орієнтування в просторі, часі, ситуації та інших людях.

Виділяють дві форми свідомості – сон і неспання.

Також існує так званий змінений стан свідомості, до якого належить, зокрема, медитація.

Медитація – особливий стан свідомості, який за власним бажанням може досягнути людина. Мета медитації – занурення, розчинення в ідеї, предметі тощо шляхом усунення всіх чинників, які розсіюють увагу як зовнішніх (звук, світло), так і внутрішніх (фізичне або емоційне напруження).

Патологічні стани свідомості виникають під впливом хімічних речовин. Існують різноманітні хімічні сполуки, які по-різному впливають на головний мозок.

Механізм дії *слабких збуджувальних засобів* – кофеїну та нікотину полягає в тому, що на першому етапі своєї дії спочатку вони послаблюють активність мозкових клітин, що приводить до відчуття заспокоєння. Після цього організм виробляє норадреналін та активність мозку підвищується. Необхідно зауважити, що подібний стан триває кілька десятків хвилин, після чого організм починає потребувати чергової активації та людина запалює цигарку або п'є чергову філіжанку кави.

Існують *сильні збуджувальні засоби*, зокрема, амфетаміни, які викликають спочатку приплив активності, енергії, після чого настає занепад сил. Тривале їх вживання призводить до виникнення галюцинацій і марення.

Нейродепресанти (алкоголь, барбітурати, транквілізатори) зменшують постачання мозку киснем, викликаючи нечіткість мислення та сонливість.

Наркотики з групи опіатів блокують у мозку центри відчуття болю та активізують нервові шляхи, пов'язані з центрами задоволення. Ці речовини дуже швидко викликають фізичну та психічну залежність, призводять до деградації

особистості.

Пригнічення свідомості

Виділяють дві основні категорії розладів свідомості: кількісні та якісні. До першої належать різні форми пригнічення свідомості, до другої – форми спотворення свідомості.

Пригнічення свідомості або оглушення – це порушення ясності свідомості, обумовлене патологічним гальмуванням центральної нервової системи. Основними характеристиками пригнічення є:

- утруднення або відсутність реакції на зовнішні впливи внаслідок різкого підвищення порога збудження аналізаторів;
- уповільнення психічних процесів;
- утруднення або відсутність орієнтування в навколишньому просторі та часі;
- відсутність продуктивної психопатологічної симптоматики (марення, галюцинації).

Рівень пригнічення свідомості варіює від повного знерухомлення та відсутності реакції на зовнішні подразники до тотальної втрати здатності відображати реальність.

За глибиною пригнічення свідомості розрізняють такі ступені: обнубіляція, сомноленція, сопор, кома.

Обнубіляція – це легка ступінь пригнічення свідомості, за якої орієнтування в просторі, часі та власній особистості залишається частково збереженим. Із хворими можна частково взаємодіяти, вони здатні відповідати на запитання. Водночас спостерігається циклічне коливання активності свідомості, реакції уповільнені, активність мислення та моторики знижена, розуміння ситуації є ускладненим, поріг чутливості, зокрема больовий – підвищується. Сильні зовнішні подразники можуть викликати тимчасове прояснення свідомості. Спогади про період обнубіляції частково амнезуються. Спостерігається під час черепно-мозкових травм, інтоксикації, гіпертонічних криз.

Сомноленція – більш глибокий ступінь пригнічення

свідомості, що характеризується значним зниженням психічної активності, патологічною сонливістю (сомнолентністю), високим порогом чутливості до зовнішніх подразників. Хворі перебувають у сонному стані, з якого їх можна вивести лише під впливом сильних подразників. Осмислення навколишніх об'єктів і подій є поверхневим, їх ідентифікація ускладнена, внаслідок чого порушується алопсихічне орієнтування. Вербальний контакт є утрудненим, хворі під час пробудження здатні давати дуже короткі відповіді («так» – «ні») на прості запитання, після чого негайно занурюються в глибокий сон. Сомноленція спостерігається після судомних нападів на виході з епілептичної коми, водночас зберігаються захисні реакції у вигляді відштовхування рукою або відсторонення від подразника.

Сопор (патологічний сон) – глибокий розлад свідомості з повним припиненням психічної діяльності. Хворі перебувають у стані глибокого сну, розбудити їх не вдається. Водночас зберігаються рефлекси зіниць, а також недиференційовані захисні моторні реакції на дуже сильні подразники (яскраве світло, сильний звук, біль). Так, хворий може реагувати стогоном або відкривати очі у відповідь на дуже сильний подразник, водночас вербальний контакт є неможливим. Спогади про період сопору повністю амнезуються. Спостерігається під час органічних уражень головного мозку різної етіології, ендокринних розладів, епілепсії, тяжких інтоксикацій.

Кома – це повна втрата свідомості, що характеризується відсутністю рефлексів на зовнішні, навіть дуже сильні подразники, пригніченням безумовних рефлексів, що забезпечують регуляцію життєво важливих функцій організму. Під час виведення хворого зі стану коми спостерігається тотальна конградна амнезія.

Спотворення свідомості

Спотворення свідомості (затьмарення) являє собою низку психічних розладів, для яких характерні такі симптоми:

- дефекти усвідомлення самого себе та сприйняття довкілля;
- порушення зв'язності мислення та орієнтації в просторі, часі, ситуації та власній особистості;
- продуктивна психопатологічна симптоматика (галюцинації, марення);
- неадекватність поведінкових проявів.

До спотворення свідомості належать сутінкове спотворення свідомості, делірій, онейроїд, аменція.

Сутінкове спотворення свідомості характеризується раптовим настанням, нетривалістю, раптовим припиненням і тотальною амнезією переживань. Супроводжується мовно-руховим збудженням або зовні впорядкованою поведінкою, але водночас – відчуттям страху, туги, злості, гострим образним маренням і раптовим напливом галюцинацій. У період сутінкового стану хворі можуть виконувати звичні автоматичні дії (наприклад, якщо до хворого потрапить ніж або ножиці, він починає ними різати все, що перебуває в полі його зору). Під впливом марення та сильного афекту хворі здатні здійснювати небезпечні дії, що загрожують як їх власному життю, так і життю оточуючих. У деяких випадках зберігається елементарне орієнтування в довіллі, правильне впізнавання окремих осіб, елементи самосвідомості (*орієнтоване сутінкове спотворення свідомості*).

Сутінкове спотворення свідомості, що не супроводжується маренням, галюцинаціями та зміною емоцій, носить назву *амбулаторного автоматизму*» (неконтрольоване блукання). Амбулаторний автоматизм проявляється у формі *фуги* (короточасний стан безцільного неусвідомленого намагання йти або бігти) або *трансу* (складні послідовні дії, які можуть мати вигляд цілеспрямованих, але за своєю суттю вони безглузді й не потрібні та не планувалися пацієнтом); в основі лежить прагнення хворого до переміщення (в межах квартири, міста, області), може тривати від 1 години до кількох діб, а під час сну в формі *сомнамбулізму*.

Трапляються психогенно обумовлені сутінкові стани, що характеризуються виключенням із реальної обстановки і перенесенням у галюцинаторну ситуацію, замість попередньої психотравмувальної. Навколишній світ сприймається вибірково та відповідно хворобливим переживанням, що зокрема пояснює часткову амнезію, яка виникає після виходу з сутінкового стану.

Сутінкове спотворення свідомості спостерігається під час реактивних, судинних та інтоксикаційних психозів, малопрогредієнтної шизофренії з істеричними дисоціативними проявами, епілепсій, пухлин головного мозку, в гострому періоді черепно-мозкової травми.

Делірій характеризується переважанням істинних зорових галюцинацій та ілюзій, образним маренням, руховим збудженням під час збереження свідомості. Алопсихічна дезорієнтація пов'язана з неадекватним сприйняттям навколишнього оточення, проте хворі не ототожнюють свою особистість із ситуацією. Досить часто вони здатні диференціювати близьких і рідних. Під час делірії спостерігається швидка зміна проявів різних емоцій (з переважанням негативних), рухове та мовне збудження, фрагментарність і незв'язність мислення, помилкові впізнавання. В подальшому цей стан частково амнезується. Делірій спостерігається під час алкогольних психозів, інтоксикацій (лікарських, наркотичних), інфекційних і соматичних захворювань, менінгітів, енцефалітів, судинних захворювань головного мозку.

Онейроїд – особлива форма затьмарення свідомості, що характеризується наявністю яскравих фантастичних псевдогалюцинацій і рухових розладів (кататонічний ступор). На початковій стадії онейроїда в свідомості хворого створюється фантастична концепція довкілля та свого положення в ньому, водночас зберігається алопсихічне та аутопсихічне орієнтування. На стадії істинного онейроїда виникають картини-марення, схожі на сновидіння, які змінюються в певній послідовності, розгортаються фантазмагоричним сюжетом, в якому сам хворий бере участь як спостерігач, головний герой, жертва тощо. У цей

момент зникає протиставлення своєї особистості пережитій ситуації, внаслідок чого виникає порушення усвідомлення свого «Я», але не повне відчуження, тому що хворий може частково усвідомлювати, що він перебуває в лікарні, але одночасно вважати себе героєм у фантастичній ситуації. Тобто спостерігається подвійне орієнтування в просторі, часі та у власній особистості. Під час згадки про період онейроїда амнезуються лише реальні події. Спостерігається за інфекційних та інтоксикаційних психозах, шизофренії.

Аменція – глибока ступінь порушення свідомості, що характеризується непослідовністю мови та мислення, повним порушенням орієнтування в просторі, часі, ситуації та власній особистості. Довкілля сприймається фрагментарно. Для хворих характерним є рухове збудження в обмеженому просторі. Так, коли хворий перебуває в ліжку, він може хаотично рухати руками, ногами, звиватися тілом. Цей стан зазвичай змінюється періодами астеничної прострації. Галюцинації нескладні, епізодичні, елементарні. Можуть виникати дискретні маячні ідеї. Тривалість потьмарення свідомості варіює від декількох днів до декількох тижнів. Увесь період затьмарення свідомості повністю амнезується. Спостерігається під час інфекційних, соматичних та інтоксикаційних психозів, трапляється під час шизофренії та органічних психозів.

Однією зі специфічних форм порушення свідомості під час реактивних станів є *афективно-звужена свідомість*, що спостерігається не лише як самостійний синдром, а і є певним перехідним етапом під час виникнення реактивного психозу.

Реактивні стани свідомості

Іноді порушення свідомості спостерігаються як реакція на певні зовнішні подразники різного генезу. Під впливом психотравми може спостерігатися стан афективно звуженої свідомості.

Афективно звужена свідомість – це форма порушення свідомості, що характеризується домінуванням у свідомості

афективно забарвлених переживань, уявлень і мотивів, безпосередньо пов'язаних із ситуацією психотравми. Водночас залежно від ступеня та глибини звуження свідомості тією чи іншою мірою зберігається орієнтування в просторі, ситуації, часі та власній особистості. Збереженими залишаються накопичені знання та особистий досвід. Іноді свідомість зосереджена не на травмувальних переживаннях, а на уявленнях, що їх заміщують. Спостерігається під час реактивних психозів, гострих афективних реакцій, під час крайньої напруги та втоми.

У межах реактивних станів також розглядаються так звані *особливі стани*, які являють собою групу гострих короткочасних порушень психічної діяльності різної етіології, що мають схожі клінічні ознаки. Особливі стани характеризуються раптовим початком, обумовленим певною зовнішньою ситуацією (зазвичай психотравмувальною), нетривалістю, порушенням свідомості, дезорієнтацією, а також повною або частковою амнезією під час виходу з патологічного стану. Особливі стани виникають в осіб, які не страждають психічними захворюваннями, і здебільшого являють собою єдиний епізод у житті.

До особливих станів належать: патологічний афект, патологічний просоночний стан, реакцію «короткого замикання» та патологічне сп'яніння.

Патологічний афект являє собою раптовий і короткочасний психогенний стан, обумовлений впливом психотравмувальних чинників. У підготовчій фазі спостерігається наростання напруги та звуження свідомості. Афект гніву чи несамовитої люті миттєво досягає кульмінаційної точки, що супроводжується глибоким затьмаренням свідомості з різким підвищенням порога чутливості та повною дезорієнтацією. На піку затьмарення свідомості можливе виникнення ілюзій і галюцинацій. Афективний розряд, що супроводжується агресивними діями, іноді має характер складних довільних актів, скоєних із жорстокістю автомата або машини. В завершальній фазі відбувається відновлення психічної діяльності з явищами постреактивної астенії (термінальний сон,

загальна психічна слабкість).

Патологічний проночний стан характеризується неповним пробудженням після глибокого сну внаслідок нерівномірного переходу від сну до неспання окремих систем головного мозку. За такого «пробудження» свідомість залишається в стані сонного гальмування (стан потьмарення) і супроводжується глибокою дезорієнтацією. Спотворено сприймаються реальні події, які вплітаються в страхітливе сновидіння, що поєднується з ілюзорними і навіть короточасними галюцинаторно-маячними переживаннями. В такому стані людина здатна до агресивно-захисних дій, які проявляються як в формі автоматизмів, так і в формі цілеспрямованих дій, що відображають патологічні переживання. У проночному стані нерідко відбуваються вбивства та наносяться тяжкі тілесні ушкодження. Після повного пробудження та відновлення свідомості спостерігається адекватна реакція потрясіння та розгубленості з приводу скоєного, водночас спогади щодо періоду проночного стану зазвичай забуваються.

Реакція короткого замикання – це патологічний стан, що виникає під впливом випадкової зовнішньої причини («остання крапля») на тлі пролонгованого та наростаючого емоційного напруження з домінуванням у свідомості уявлень, пов'язаних із джерелом психотравми. На підготовчому етапі відбувається неусвідомлюване формування «афективного ґрунту» (зниження порога афективної стійкості), на тлі якого розвиваються неглибокі депресивні та астеничні стани. Спалах афекту виникає різко та супроводжується затьмаренням свідомості, раптовими діями руйнівного характеру з подальшою амнезією, що не властиво власне патологічному афекту.

У межах дисоціативних розладів також можна спостерігати розлади свідомості. Найчастіше під час дисоціативного розладу спостерігаються явища деперсоналізації та дереалізації.

Дереалізація – порушення самосвідомості, за якого

відбувається суб'єктивне спотворення сприйняття навколишньої дійсності. Наприклад, хворий може бачити зміну співвідношення розмірів або форм предметів тощо. Довкілля сприймається розпливчастим, стає нечітким, чужим, примарним, застиглим. Необхідно зазначити, що під час дереалізації порушення сприйняття не стільки належить до фізичних властивостей навколишніх предметів (як під час сенсорних розладів), скільки змінює їх індивідуальну значущість.

Деперсоналізація – це розлад самосвідомості з суб'єктивним відчуттям відчуження власної особистості, що виявляється в переживанні деформації власного тіла та дезорганізації деяких або всіх психічних процесів. Самі хворі усвідомлюють такий стан і болісно його переживають.

У клініці виділяють два види деперсоналізації: соматопсихічну та аутопсихічну.

Соматопсихічна деперсоналізація характеризується відчуттям чужерідності власного тіла або окремих його частин, іноді навіть почуттям зникнення, водночас не спостерігається об'єктивний розлад тактильної, пропріоцептивної, вісцеральної чутливості, відсутні також розлади «схеми тіла» (хворі не відчувають зміни пропорцій або розмірів тіла, вони просто його не відчувають).

Аутопсихічна деперсоналізація виражається в переживанні почуття зміненого «Я». За повної втрати власного «Я» говорять про розвиток тотальної деперсоналізації.

Різновидом аутопсихічної форми деперсоналізації є синдром «Аліси в країні чудес», що являє собою поєднання деперсоналізації з явищами дереалізації. Дереалізація та деперсоналізація рідко трапляються як самостійні розлади свідомості – зазвичай вони розглядаються як симптоми в структурі різних синдромів. Діагностичне значення цих феноменів багато в чому залежить від того, в поєднанні з якою симптоматикою вони спостерігаються.

ТЕМА 15. ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВІ РОЗЛАДИ

Загальна характеристика емоцій.

Афективні розлади.

Вольові розлади.

Загальна характеристика емоцій

Емоція (від лат. *emoveo* – «вражаю», «хвилюю») – процес психічного відображення дійсності у формі переживання. Емоції являють собою досить складний для опису психічний процес. Це обумовлено тим, що емоції проявляються одночасно на рівнях суб'єктивного переживання, фізіологічних реакцій і поведінки. Водночас кожна форма прояву емоцій не дає достатньо адекватного уявлення про істинність емоцій, пережитих суб'єктом.

Внутрішні переживання завжди суб'єктивні, щоб їх пояснити, людина вдається до слів, які інша людина може зрозуміти по-своєму. Наприклад, дві людини говорять, що вони люблять спорт. Водночас любов до спорту в однієї людини означає її активні заняття спортом, інша під любов'ю до спорту розуміє перегляд спортивних передач.

Поведінковий прояв емоцій лише на перший погляд сприймається як об'єктивний факт. Одна і та сама поведінка може відображати різні емоції (людина плаче від горя, радості, безсилля тощо). З іншого боку, різні форми поведінки можуть супроводжувати переживання однієї емоції (під час переживання страху людина може заціпеніти, побігти, заплакати тощо).

Фізіологічні показники (частота серцевих скорочень, рівень кров'яного тиску тощо) можуть дати деяку інформацію про емоції. Необхідно лише зазначити, що існуючі прилади ще занадто недосконалі, щоб вимірювати тонкі емоційні нюанси.

Емоції мають низку якісних характеристик, до яких належать:

Знак – емоції можуть бути позитивними (радість, захоплення) та негативними (гнів, лютя). Відзначимо, що

розуміння позитивності та негативності щодо емоцій має дуже відносне значення. Наприклад, такі емоції, як гнів, страх, сором, не можуть бути беззастережно віднесені до категорії негативних. Гнів іноді безпосередньо співвідноситься з пристосувальною поведінкою, а ще частіше – з захистом і збереженням особистісної цілісності. Страх є життєво важливим сигналом щодо зовнішньої небезпеки, а тривога – внутрішньо-особистісної неузгодженості. Крім того, доведено, що тривога може сприяти посиленню рефлексивних процесів і, таким чином, розвитку самосвідомості. З іншого боку, доведено, що інтенсивне переживання радощів здатне привести до емоційного перевантаження та стати чинником стресу. Швидше правомірно допустити, що одні емоції в певних ситуаціях призводять до свого роду «психічної ентропії», а інші – полегшують адаптивну поведінку.

Рівень активації – емоції можна поділити на стенічні, які супроводжують активну поведінку (радість, гнів) та астенічні, пов'язані з загальним розслабленням (печаль, туга). Відповідно можна виділити стенічні позитивні (радість), стенічні негативні (лють) емоції, астенічні позитивні (задоволення) та астенічні негативні (печаль) емоції.

Залежно від глибини, інтенсивності, тривалості та ступеня диференційованості виділяються такі види емоційних станів: чуттєвий тон, власне емоції, афект, пристрасть і настрої.

Чуттєвий або емоційний тон – це онтогенетично первинна та найпростіша форма емоцій, елементарний прояв органічної чутливості, що супроводжує окремі життєво важливі впливи середовища та спонукає суб'єкта або до їх усунення, або, навпаки, до збереження. Цей вид емоційних станів можна порівняти з примітивними психічними реакціями (наближенням до приємного стимулу малої інтенсивності та віддаленням від руйнівного стимулу більшої інтенсивності). Нерідко подібні переживання через їх слабку диференційованість неможливо висловити вербально. Вони усвідомлюються як емоційне забарвлення, своєрідний якісний відтінок настрою.

Власне *емоції*, як уже зазначалося, з'являються під час

наявності в індивіда мотивації, надлишкової щодо його адаптивних можливостей.

Прийнято також виділяти так звані *базальні емоції* (основні, наявні в усіх людей від народження), на основі яких формується вся різноманітність емоційних процесів і станів та *соціальні емоції*, які формуються в процесі життя людини в певному соціумі та культурі. Вважається, що існує обмежена кількість базальних емоцій і дуже широке коло соціальних. До базальних емоцій, наприклад, належать емоції радості, горя, страху, гніву, подиву, відрази.

Формування та прояв емоцій пов'язаний зі складною комплексною роботою кори, підкірки та вегетативної нервової системи, яка регулює роботу внутрішніх органів. Цим визначається тісний зв'язок прояву емоцій і почуттів із діяльністю серця, дихання, зі змінами в роботі скелетних м'язів (пантоміміка) та лицьових м'язів (міміка). Спеціальні експерименти виявили в глибині мозку, в лімбічній системі, існування центрів позитивних і негативних емоцій, які одержали назву центрів насолоди («раю») та страждання («пекла»).

Афекти (від лат. *affectus* – душевне хвилювання, пристрасть) – емоційні процеси вибухового характеру зі стрімким і бурхливим перебігом, що виникають у критичних умовах (за нездатності знайти вихід із небезпечних і несподіваних ситуацій) і пов'язані з вираженими руховими та органічними проявами. Афекти призводять до гальмування всіх інших психічних процесів і реалізації специфічних, переважно імпульсивних поведінкових реакцій. Як показав у своїх дослідженнях К.-Г. Юнг, у людини на основі пережитих афектів формуються особливі афективно зафарбовані *комплекси*, які можуть актуалізуватися та проявитися в поведінці без достатнього усвідомлення причин, що викликали реакцію, під час зіткнень навіть з окремими елементами ситуації, яка до цього спровокувала афект. Основне в афекті – це несподіване настання різкої зміни стану свідомості, її порушенням вольового контролю за діями. У стані афекту різко

змінюються параметри уваги: знижується швидкість її перемикання, порушується концентрація, пам'ять дезорганізується аж до часткової або повної амнезії. Афект має деструктивний вплив на діяльність, викликаючи під час максимальної дезінтеграції ступор або хаотичні нецілеспрямовані рухові реакції.

Розрізняють нормальний і патологічний афекти. Головні ознаки *патологічного афекту*: змінений стан свідомості (дезорієнтація в часі та просторі); неадекватність рівня інтенсивності реагування ступеня подразника, наявність амнезії, що виникає після афекту.

Пристрасть – це інтенсивне, узагальнене та тривале переживання, що домінує над іншими переживаннями людини та приводить до повної зосередженості на предметі пристрасті. Пристрасть може бути прийнята, «санкціонована» особистістю, а може переживатись як щось небажане, нав'язливе. Характерними рисами пристрасті є сила почуття, спрямованість усіх помислів особистості на предмет пристрасті, стійкість, єдність емоційних і вольових моментів, своєрідне поєднання активності та пасивності.

Настрій – порівняно тривалий і стійкий емоційний стан помірної або слабкої інтенсивності. Причини, що викликають настрій, численні – від органічного самопочуття (тонуусу життєдіяльності) до нюансів взаємин з оточуючими. Настрій має суб'єктну спрямованість. Порівняно з чуттєвим тоном він усвідомлюється не як властивість об'єкта, а як стан суб'єкта. Наприклад, із приводу музичного твору висловлювання на основі емоційного фону буде звучати як «прекрасна музика», на основі настрою – «у мене прекрасний настрій» (від музики). Певну роль мають індивідуально-особистісні характеристики. Наприклад, особи з гіпертимним характером часто мають підвищений настрій, особи з дистимним характером – знижений настрій і відрізняються депресивними формами реагування.

Афективні розлади

Якщо зміна емоцій не пов'язана з очевидними життєвими труднощами та продовжується тривалий час, швидше за все це патологія афективної сфери. Розрізняють групи патології афективної сфери: зміна рівня чуттєвої сфери, зміна настрою, зміна емоційної реактивності.

Зміна рівня чуттєвої сфери проявляється двома групами розладів: регресом почуттів і прогресом почуттів.

Регрес почуттів спостерігається, наприклад, під час вираженого шизофренічного дефекту у формі зникнення вищих почуттів і переважанням нижчих, що базуються суто на органічних потребах. *Прогрес почуттів* трапляється рідше, наприклад, у деяких психопатичних особистостей і характеризується домінуванням вищих (предметних і світоглядних) почуттів, тобто почуттів морального, естетичного задоволення, особистої гідності тощо.

Зміна настрою виявляється у хворих у вигляді підвищеного (гіпертимія) та зниженого (гіпотимія) настрою.

До різновидів хворобливо підвищеного настрою належать гіпоманія, манія, ейфорія, морія, екстаз.

Гіпоманія, або гіпоманіакальний настрій характеризується надмірною активністю, що поєднується з хаотичністю вчинків, надмірними веселощами, підвищеною товариськістю, дотепністю, підприємливістю та впевненістю в собі.

Манія, або маніакальний настрій, проявляється такими розладами: надмірним підвищенням настрою, прискоренням темпу психічної діяльності, збільшенням рухової активності. Радісний настрій під час манії не затьмарюється ні за яких обставин – ні за сумних подій, або під час страшних звісток чи невдач. Забуваються минулі неприємності та нещастя. Майбутнє уявляється райдужним і повним перспектив. Власний стан оцінюється як чудовий. Постійно відчувається прилив енергії, який реалізується в підвищеній активності. Будь-які плани та бажання здаються реальними та такими, які можна легко здійснити. Підвищується почуття власної гідності. Зазвичай легко

з'являється переоцінювання професійних, фізичних і розумових здібностей. Поряд із думками про переоцінювання своїх здібностей можуть бути і маячні ідеї геніальності, величі, фізичної переваги. Незвичайна психічна активність виявляється в нескінченному балаканні, постійному прагненню наспівувати пісні, уголос читати вірші, контролювати оточуючих, лаятись із тими, хто намагається заспокоїти хворого, присоромити, або зупинити потік його красномовства. Все це поєднується з невгамовною і зазвичай невпорядкованою та невтомною діяльністю: незграбними спробами допомоги оточуючим, недоречним втручанням у роботу інших людей. Постійно мають місце настирливі домагання до осіб протилежної статі, відверті пропозиції, непристойні жести. Голод і спрага різко підвищуються, а потреба в сні або відпочинку різко знижується. У дитячому віці маніакальний настрій проявляється в підвищеній веселості, надмірній рухливості з примхливістю, непослухом, придуркуватістю, підвищеною самооцінкою з манією величі. Якщо манія поєднується з астенічним станом, то відбувається підвищена стомлюваність, виснаженість, головний біль, порушення сну, зниження апетиту. Під час виникнення маніакального стану на тлі органічного ураження ЦНС можуть спостерігатися настирливість, гнів.

Ейфорія – благодушний, повний задоволення, безтурботний настрій без пожвавлення та прагнення до діяльності, некритичний стан, що виникає зазвичай на тлі більш-менш вираженого інтелектуального дефекту. Спостерігається в людей з явним психічним недорозвиненням, із пухлинами головного мозку, під час прогресивного паралічу, сифілісу мозку, атеросклерозу судин головного мозку. Короткочасна ейфорія може бути під час сп'яніння алкоголем або наркотиками.

Морія – невмотивований підвищений настрій, який поєднується з безглуздістю та придуркуватою поведінкою за наявності інтелектуального зниження. Відзначається під час органічних уражень або пухлин лобових часток головного мозку.

Екстаз – напружене переживання блаженства,

надзвичайного щастя, дуже сильного, несамовитого захоплення чимось, нерідко зі звуженням свідомості. Спостерігається під час епілептичних розладів.

Хворобливо знижений настрій може бути у формі субдепресії, депресії, дисфорії, тривоги, страху.

Субдепресія. Неявно виражене погіршення настрою, під час нього зазвичай переважає млявість, слабкість, пригніченість. Трапляється часто під час психотичних і невротичних розладів.

Депресія. Для неї характерний пригнічений настрій, уповільнення психічних процесів, рухова загальмованість. Емоційний стан під час депресії має надзвичайно широкий спектр – від легкої печалі, суму до глибокої туги та відчаю. У багатьох випадках відбуваються соматичні прояви депресії: стиснення в грудях, біль у верхній частині живота, голові. Уповільнення асоціативних процесів може приводити до повної відсутності будь-яких думок або зосередження на одній ідеї (зазвичай провини, малоцінності, гріховності, самогубства). Хворі малорухливі, неактивні, подовгу перебувають в одному і тому самому положенні, сидячи наодинці або лежачи впродовж усього дня, не піднімаючись із ліжка. У важких випадках розвивається ступор, під час якого хворі повністю загальмовані, не рухаються, не відповідають на питання, не виконують інструкцій і прохань, іноді відмовляються від прийому їжі. Зазвичай найглибший рівень пригніченого настрою, рухова скутість і мінімум активності припадають на ранок, із плином дня стан поліпшується, і до вечора стан може значно покращитись.

Дисфорія. Напружено-злостивий або похмуро-незадоволений пригнічений настрій, що виникає за органічних (травматичних) ураженнях мозку та епілепсії.

Тривога. Напружене переживання невиразної, невизначеної, безпредметної небезпеки, катастрофи. Може поєднуватися з недовір'ям, настороженістю, внутрішнім неспокоєм, порушенням цілеспрямованої діяльності, метушливістю, мінливою мімікою, неспокійним поглядом, плуваною мовою, прискореним серцебиттям, переривчастим

диханням, холодним потом, блідістю, розширенням очей та зіниць, мимовільним сечовипусканням. Це широко поширений розлад, що спостерігається під час психозів та у легшій формі під час неврозів і психопатій.

Страх. Переживання небезпеки для життя, що пов'язана з певними явищами, предметами або людьми. Часто трапляється під час неврозів (страх висоти, незнайомих, захворювань, комах тощо) та інших психічних розладів.

Зміна емоційної реактивності. Це порушення виразності (сили) почуттів. До них належать: патологічний афект, емоційна гіперестезія, емоційна гіпестезія, апатія, емоційна тупість.

Патологічний афект. Бурхлива емоційна реакція, яка є не адекватною стимулу, що її викликав. Має місце звуження свідомості, неадекватна, часто агресивна або руйнівна поведінка. Завершується амнезією. Часто є результатом травми або іншого органічного ураження мозку.

Емоційна гіперестезія (сенситивність). Надмірна чутливість, уразливість, невпевненість у своїх фізичних силах і психічних здібностях, загостреність реакцій, перебільшена совісність, схильність до сумнівів, застрягання на своїх переживаннях. Характерна для сенситивної психопатії.

Емоційна гіпестезія. Млявість емоційних реакцій, черствість, відсутність співчуття, холодність. Наслідок сильного шокowego впливу (наприклад, землетрусу).

Апатія. Відсутність емоцій, байдуже ставлення до себе та оточуючих, а також до будь-яких подій. Поєднується з млявістю спонукань. Один з основних симптомів під час шизофренії, може бути також під час органічного ураження мозку, важких астеній.

Емоційна тупість. Емоційне збіднення, зникнення емоційної реактивності, байдужість до рідних і близьких, відсутність здатності реагувати на будь-які події, навіть ті, що серйозно впливають на долю хворого. Ніякими стимулами неможливо викликати прояви почуттів. Втрата інтересу до самого себе, до власного соціального статусу та здоров'я. Необоротний стан, типовий для шизофренічного або глибокого органічного

дефекту психіки (під час прогресивного паралічу).

Порушення стійкості почуттів проявляється в емоційній лабільності, вибуховості, малорухливості емоцій.

Емоційна лабільність. Нестійкість настрою, схильність до його коливань, легкість і швидкість перебігу від позитивних до негативних емоцій і навпаки. Характерна для астеничних станів, судинних захворювань головного мозку.

Вибуховість. Схильність до гнівної дратівливості, іноді з агресією та руйнівними діями. Найчастіше спостерігається під час дисфорій (епілептичного, психопатичного або травматичного походження) та проявляється бурхливими афектами.

Малорухливість емоцій. Нездатність перемикатися з однієї емоції на іншу – «застрягання на одній з емоційних реакцій». Властива епілепсії.

Перекручення почуттів проявляється амбівалентністю та емоційною неадекватністю.

Амбівалентність. Одночасне співіснування суперечливих (приємних і неприємних) почуттів щодо події, предмета, людини. Є типовим для хворих на шизофренію.

Емоційна неадекватність. Невідповідність почуттів зовнішнім обставинам (ситуації), що їх викликали. Спостерігається під час шизофренічних змін особистості.

Вольові розлади

Воля – це особлива форма психічної активності людини, що виражається в свідомому регулюванні своєї діяльності та поведінки в ситуаціях, що вимагають подолання внутрішніх і зовнішніх труднощів для досягнення визначеної мети. Будь-яка діяльність людини являє собою сукупність конкретних дій, що можуть бути довільними та мимовільними. Мимовільні дії не вимагають постановки мети та усвідомленого вольового зусилля з боку суб'єкта. З іншого боку, вольова дія завжди є усвідомленою та цілеспрямованою, оскільки її результат є спонукальним мотивом дії. За допомогою вольового зусилля суб'єкт планомірно здійснює свою мету, підпорядковуючи свої імпульси свідомому

контролю, а також змінює свою поведінку і навколишню дійсність відповідно зі своїм задумом.

Отже, свідомий вольовий акт вимагає певної розумової діяльності – постановки мети, підбору засобів для її досягнення, здійснення контролю результатів окремих дій тощо. Спонування людини до дій утворюють упорядковану систему, тобто ієрархію мотивів – від базових потреб (їжа, сон, безпека) до вищих потреб (пізнання, естетичні почуття, самоактуалізація). У тому разі, коли з метою реалізації вищих мотивів певною мірою гальмуються та стримуються нижчі, простіші, можна говорити про прояв волі.

Тому основна функція волі полягає в свідомій регуляції поведінки в ситуаціях, що вимагають подолання труднощів. Більшою мірою ця функція волі проявляється в підтримці мотивації або стійкій активності під час виникнення зовнішніх і внутрішніх перешкод на шляху до досягнення мети. Також вольова регуляція проявляє себе у випадках, що вимагають гальмування або стримування інших, причому часто сильних спонувань, які не узгоджуються з основною метою.

Будь-яка вольова дія безпосередньо пов'язана з руховою активністю, а тому рухово-вольова сфера містить два основних компоненти: вольовий (свідомий і цілеспрямований акт регуляції психічної діяльності) та руховий (прості та складні рухи або дії).

Класифікація порушень рухово-вольової сфери подається двома категоріями: вольові розлади та розлади рухової активності, в межах яких подані порушення, пов'язані з посиленням, ослабленням і перекрученням вольової активності.

Вольові розлади – це порушення вольового компонента поведінки, що проявляються в різних формах: гіпербулії, гіпобулії або абулії, парабулії.

Гіпербулія – це хворобливе підсилення вольової активності, що виявляється у спонтанних спонуваннях до діяльності, що супроводжуються надмірно покvapливими діями або метушливістю, обумовленою імпульсивним прагненням до негайного результату. Гіпербулія зазвичай поєднується з надцінними та паранояльними ідеями. Надмірна збудливість,

зісковзування в процесі розумової діяльності, непослідовність дій не дозволяють хворим реалізувати їх задуми, а поведінка набуває неадекватних рис. Спостерігається під час наркотичних ломках, психопатіях, входить у структуру маніакального синдрому.

Гіпобулія – хворобливе ослаблення вольової активності, під час якої фактично відсутні спонукання до будь-якої цілеспрямованої діяльності. Для хворих стає недоступним формулювання, усвідомлення та реалізація поставленої мети, внаслідок чого вони вкрай пасивні, ліниві, байдужі до всього, малорухливі, можуть тривалий час перебувати в однаковій позі. Спостерігається під час астеничних і депресивних станів, шизофренії, енцефалопатії.

Абулія – це патологічна відсутність вольової активності, що виражається у втраті бажань, спонукань до діяльності. Хворі байдужі до того, що відбувається навколо, малорухливі, неконтактні. Ослаблення волі часто поєднується зі збіднінням емоцій, апатією. Спостерігається під час астенії, депресії, шизофренії, уражень лобних ділянок головного мозку, сенільних психозів.

Парабулія – це спотворення вольової активності, що виявляється в різноманітних кататонічних симптомах: пасивне підпорядкування чужому наказу, мутизм (відмова від мови), стереотипії (монотонне повторення дій), негативізм (протидія), каталепсії (незмінність пози), ступор (заціпеніння), ехололія та ехопраксія (дзеркальне відображення слів і дій відповідно).

Розлади рухової активності спостерігаються під час психічних порушеннях різної етіології. Їх умовно поділяють на гіперкінетичні, гіпокінетичні та паракінетичні.

Гіперкінетичні розлади характеризуються хворобливим посиленням рухової активності або психомоторним перезбудженням, що виявляється в руховому розгальмуванні та хаотичній метушливості. До цієї групи розладів належать: тасікінезія (потреба перебувати в постійному русі) та акатізія (рухове занепокоєння з неможливістю всидіти на одному місці). Під час маніакального стану психомоторне збудження

поєднується з прискоренням мовної продуктивності (тахіфразією, тахілалією). Спостерігається під час синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, маніакального, гебефренічного та кататонічного синдрому, під час порушення свідомості.

Гіпокінетичні розлади характеризуються хворобливим послабленням (психомоторна загальмованість) або відсутністю рухової активності. До цієї групи належать: брадикінезія (загальна сповільненість темпу рухів); адинамія (значне зменшення або повне припинення рухової активності); акінезія (неможливість довільних рухів унаслідок паралічів); ступор (повне знерухомлення). Зниження рухової активності часто є ознаками депресії. Зазвичай супроводжуються брадіфренією (уповільнення психічної активності) і брадіфазією (уповільнення мови). Спостерігається під час виражених астенічних станів, депресії, органічних ушкоджень головного мозку, важких інфекційних захворювань тощо.

Паракінетичні розлади характеризуються або дезавтоматизацією (втрата здатності до автоматичного виконання звичних дій) або спотворенням рухової активності.

Дезавтоматизована діяльність може носити як функціональний (за надмірного хвилювання), так і органічний (за органічних уражень головного мозку) характер. Наприклад, під час сильного хвилювання людина може втратити здатність говорити або почати заїкатися. Порушення здатності до виконання автоматизованих дій спостерігається під час різних видів апраксії.

Спотворення рухової активності проявляється у формі паракінезій, нав'язливих рухів, насильницьких та імпульсивних дій.

Паракінезія – мимовільні стереотипні координовані рухи, які можуть бути досить складними та нагадувати довільні дії. Спостерігаються за важких масивних органічних уражень головного мозку різної етіології з локалізацією патологічного вогнища переважно в лобових частках.

Нав'язливі рухи характеризуються непереборною потребою в здійсненні певних дій, які колись мали значення, але втратили актуальність у сьогоденні, водночас хворі зберігають критичне ставлення до них (наприклад, чухання шкіри, вищипування брів, волосся тощо). Спостерігаються під час невротичних і неврозоподібних станів.

Насильницькі дії – це рухові акти, що виникають незалежно від волі й бажання хворого та супроводжуються почуттям чужості та примусу. Усвідомлюючи їх неадекватність, хворий, тим не менше, не може ними керувати (наприклад, мимовільні вигуки, покашлювання, гримаси, спльовування тощо).

Імпульсивні дії – це спонтанні, невмотивовані рухи, які часто становлять загрозу для життя та здоров'я як самого хворого, так і оточуючих. Імпульсивні дії нагадують епізоди амбулаторного автоматизму, що спостерігаються в структурі сутінкового стану свідомості: ходіння уві сні (сомнамбулізм), потьмарення свідомості з хаотичним збудженням і стереотипними рухами (фуги) тощо. Спостерігаються під час кататонії, епілепсії, енцефаліту.

Примітивні потреби та потяги регулюються волею, а її патологія призводить до розгальмування потягів і порушення поведінки в цілому. Внаслідок у клініці спостерігаються різні варіанти патологічних потягів у формі хворобливого посилення, ослаблення або перекинування вітальних потреб та інстинктів.

Хворобливе посилення інстинктивних потреб і потягів може спостерігатися під час органічного ураження або подразнення підкірково-стовбурових структур головного мозку, у разі пригнічення регулювальної функції коркових структур, а також під час ендокринних розладів. Ослаблення потягів може мати органічне та функціональне походження.

Клінічна класифікація порушень потягів містить три категорії: розлад харчових потягів, порушення інстинкту самозбереження та розлад статевих потягів.

Розлади харчових потягів проявляються у формі булімії

(посилення), анорексії (ослаблення) та парорексії (перекручення).

Булімія (поліфагія) – це надмірний потяг до вживання харчів, за якого відсутнє відчуття насичення (ситості). Підвищення апетиту та постійне відчуття голоду можуть виникати як невротична реакція на фрустраційні та стресові ситуації. Булімія, на відміну від періодичного харчового збудження, належить до групи компульсивних потягів із найсильнішим прагненням до їх задоволення. Спостерігається під час олігофренії, сенильної деменції, органічних уражень передньо-лімбічної області та лобових часток, прогресивного паралічу, шизофренії, істерії.

Анорексія (афагія) – це стійке ослаблення або відсутність харчового потягу (втрата почуття голоду) під час збереженості травного апарату. Послаблення харчового потягу може бути явищем тимчасовим і зворотним. Існує кілька клінічних форм анорексії: істерична, емоційна, психічна. Спостерігається під час депресії, депресивної фази маніакально-депресивного психозу, кататонічного ступору, алкогольної абстиненції (психічна анорексія), неврозів і психічних розладів особистості (емоційна та істерична анорексія).

Парорексія – це перекручення харчового потягу, що виявляється в прагненні до поїдання неїстівних об'єктів (землі, скла, волосся, металевих уламків тощо) під час збереження смакового аналізатора. Сюди належить копрофагія – поїдання екскрементів, зазвичай власних. Спостерігається під час різних ендокринопатій, шизофренії, сенильної деменції, істерії, глибокого ступеня розумової відсталості, психічного маразму.

Розлади інстинкту самозбереження проявляються в таких формах: активно-оборонна та пасивно-оборонна поведінка (посилення інстинкту), суїцидальна поведінка (ослаблення інстинкту), самокатування (перекручення інстинкту).

Активно-оборонна форма посилення інстинкту самозбереження характеризується нападами афективного гніву, люті в поєднанні з агресивною поведінкою, що виникають як реакція на неіснуючу та уявну зовнішню загрозу життю. Ці

напади можуть формуватися під впливом первинних порушень емоційної сфери, а також як реакція, викликана галюцинаціями або маячними ідеями загрозливого змісту. Вони можуть супроводжуватися руйнівними та насильницькими діями, а іноді й панічними реакціями, що приводять хворого до смерті. Спостерігається під час параноїдного розладу особистості, епілепсії, синдромів зі сплутаністю та зі звуженням свідомості, під час дисфорії, ендо- та екзогенних психозів.

Пасивно-оборонна форма посилення інстинкту самозбереження характеризується надмірним занепокоєнням щодо власного здоров'я та життя, посиленням страхом смерті, уявним страхом зараження невиліковними хворобами тощо. Спостерігається під час неврозів, психічних розладів особистості, іпохондрії, інволюційних психозів.

Ослаблення інстинкту самозбереження характеризується зменшенням або відсутністю самозахисних реакцій хворого в ситуаціях, що загрожують його життю та здоров'ю. Спостерігається в депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, депресивних синдромах різної етіології, кататонічній формі шизофренії, глибокій деменції.

Перекручення інстинкту самозбереження проявляється в суїцидальних діях, у прагненні до самокатування, нанесенні самокаліцтв. Суїцидальні спроби під час психогеній найчастіше носять імпульсивний і ситуаційний характер. За істеричного розладу особистості, істеричного неврозу та психозу такі спроби часто носять демонстративний характер. Спостерігається під час депресивної фази маніакально-депресивного психозу, депресивних синдромів різного генезу, дисфорії, епілепсії, порушення свідомості, шизофренії з маячними ідеями самозвинувачення, самознищення.

ТЕМА 16. ЗАТРИМАННЯ ТА ВИКРИВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Поняття дизонтогенії.

Чинники виникнення психічних порушень.

Типи психічного дизонтогенезу.

Поняття дизонтогенії

У дитячому віці чутливість окремих сторін психіки до шкідливих впливів визначається не стільки їх характером, скільки особливостями тієї вікової стадії розвитку, на якій є дитина. Чим менша дитина, тим більше на перший план є ознаки порушення розвитку – *дизонтогенезу*. Чим раніше відбулося ураження мозку, тим частіше в картині дизонтогенезу з'являється компонент психічного недорозвинення. Крім загальної несформованості психічних функцій для дизонтогенезу характерні явища нестійкості та асинхронії розвитку, під час яких своєчасно не виникають необхідні взаємодії між окремими системами психіки. У зв'язку з цим імовірна поява ознак ізоляції, патологічної акселерації, регресу низки психічних функцій. Такі особливості затримують формування нових психічних процесів, ускладнюють нормальний розвиток у дитячому віці.

Термін «дизонтогенія» вперше був вжитий у 1927 році вченим Г. Швальбе, який використав його, щоб описати відхилення від нормального розвитку в період внутрішньоутробного формування структур організму. Згодом цим терміном почали позначати різні форми порушень онтогенезу, враховуючи постнатальний період, коли морфологічні системи організму ще не досягли зрілості.

Наявність дефекту розвитку в дитячому віці може бути компенсоване. *Компенсація* (від лат *compensare* – відшкодовувати, врівноважувати) – відновлення недорозвинених або пошкоджених функцій шляхом використання збережених або перебудованою частково пошкоджених функцій. Під час компенсації функцій можливе залучення нових нервових структур, які раніше не брали участь у відповідних формах психічної діяльності.

Дефекти розвитку поділяються на первинні та вторинні.

Первинні дефекти виникають унаслідок органічного пошкодження або недорозвинення будь-якої біологічної системи (аналізаторів, вищих відділів головного мозку тощо) внаслідок впливу патогенних чинників. Вторинні – мають характер психічного недорозвинення та проявляються на рівні порушень соціальної поведінки. Вони безпосередньо не впливають із первинного дефекту, але можуть бути ними обумовлені (ефективність використання мовленнєвого апарату, в людей із вадами зору можуть формуватися викривлене сприйняття та просторова дезорієнтація тощо).

Якщо на початкових етапах основною перешкодою до навчання та виховання є органічний дефект, тобто напрямок вторинного недорозвинення «знизу вгору», то потім, у разі несвоєчасно розпочатої корекційно-педагогічної роботи або під час її відсутності, на основі органічного дефекту виникають явища психічного недорозвитку, а також неадекватні особистісні установки, викликані невдачами в різних видах діяльності.

З часом проблеми, пов'язані з соціальною адаптацією, починають займати провідне місце у формуванні негативного ставлення до себе, до соціального оточення та основних видів діяльності, формуючи все більш широке коло психологічних проблем. Цей феномен називається «вторинне недорозвинення» і він починає так само чинити негативний вплив на більш елементарні психічні функції, тобто напрямок патогенного впливу починає йти «зверху вниз».

Потрібно зазначити, що компенсація недостатності або пошкодження будь-яких психічних функцій можлива лише непрямим шляхом (непряма або психічна компенсація), за рахунок створення «обхідного шляху», що містить або внутрішньо-системну перебудову (використання збережених компонентів окремих функцій), або міжсистемну перебудову. Як приклад можна навести зміни в психічному функціонуванні сліпої людини – неможливість оволодіння оптичною системою знаків, що лежать в основі писемного мовлення, компенсується

чуттєвим каналом, що робить можливим розвиток писемного мовлення на основі дотикової абетки (шрифт Брайля).

Чинники виникнення психічних порушень

Порушення нервової системи можуть бути викликані як біологічними, так і соціальними чинниками. Серед біологічних чинників значне місце займають патології розвитку мозку, пов'язані з ураженням генетичного матеріалу (хромосомні аберації, генні мутації, спадково обумовлені дефекти обміну), внутрішньоутробні порушення (викликані важкими токсикозами вагітності, токсоплазмозом, сифілісом, краснухою та іншими інфекціями, інтоксикаціями, зокрема гормонального та лікарського походження), а також патологія пологів, інфекції, інтоксикації та травми. Черепно-мозкові травми становлять 25–усіх випадків пошкоджень у дитячому віці. Рідше трапляються пухлинні утворення раннього постнатального періоду.

Порушення розвитку також можуть бути пов'язані з відносно стабільними патологічними станами нервової системи, або виникати на ґрунті поточних захворювань. У дитячому віці трапляються такі форми церебральної патології, які в дорослих або не бувають зовсім, або – дуже рідко (ревматична хорея, фебрильні судоми). Досить часто пошкоджується мозкова тканина під час соматичних інфекцій у зв'язку з недостатністю мозкових захисних бар'єрів і слабкістю імунітету.

Залежно від причин виникнення аномалій і порушень розвитку їх поділяють на вроджені та набуті. Великого значення має період ушкодження. Якщо у більш ранньому віці дитини діє патогенний чинник, то є більш вираженим обсяг ураження тканин та органів. Для ураження нервової системи плоду особливо несприятливим є негативний вплив у перший триместр вагітності.

Особливістю дитячого віку є, з одного боку, незрілість, а, з іншого – більша, ніж у дорослих, здатність до компенсації дефекту. Тому під час уражень, локалізованих у певних мозкових

центрах, тривалий час може не спостерігатися випадання функцій. За локального ураження компенсація зазвичай значно вища, ніж під час дефіцитарності функції, що виникає на тлі загально мозкової недостатності, що спостерігається під час дифузних органічних уражень центральної нервової системи. Також має значення глибина пошкодження мозку.

Під час органічних уражень мозку в дитячому віці, поряд із пошкодженням одних систем, спостерігається недорозвинення інших, функціонально пов'язаних із пошкодженими ділянками. Поєднання пошкодження з недорозвиненням створює більш глибокий характер порушень, що не вкладаються в чіткі межі топічної діагностики.

У процесі психічного розвитку кожна функція в певний час проходить через сенситивний період, який характеризується не лише найбільшою інтенсивністю розвитку, а й найбільшою вразливістю щодо різноманітних негативних впливів. Сенситивні періоди характерні не лише для розвитку окремих психічних функцій, а і для психічного розвитку дитини в цілому. Виділяються періоди, в які більшість психофізичних систем перебувають у сенситивному стані, та періоди, для яких характерні достатня стійкість, баланс сформованих і нестійких систем із переважанням перших.

Згідно з клініко-психологічними спостереженнями, найбільш значне недорозвинення психічних функцій виникає внаслідок негативних шкідливих впливів у період інтенсивної клітинної диференціації структур головного мозку, тобто на ранніх етапах ембріогенезу, в першій третині вагітності.

У кожному віці можна спостерігати різний характер реагування на патогенні впливи.

Вік від 0 до 3 років має назву сомато-вегетативний – на тлі незрілості всіх систем організм у цей період на будь-який патогенний вплив реагує комплексом сомато-вегетативних реакцій, зокрема таких: загальне та вегетативне збудження, підвищення температури тіла, порушення сну, апетиту, шлунково-кишкові розлади.

Вік 4–7 років – психомоторний. У цей період іде інтенсивне формування коркових відділів рухового аналізатора, а також лобових відділів головного мозку. Негативні впливи в цей період можуть спричинити гіпердинамічні розлади різного генезу (психомоторне збудження, тики, заїкання, страхи). Зростає роль психогенних чинників.

Вік 7–12 років – афективний. На будь-який негативний вплив дитина реагує з помітним емоційним компонентом – від вираженої аутизації до афективного збудження з явищами негативізму, агресії, невротичними реакціями.

Вік 12–16 років – емоційно-ідеаторний. Негативні впливи в цей період можуть сформувати такі особливості: патологічне фантазування, надмірні іпохондричні ідеї (дисморфофобія, нервова анорексія), психогенні реакції протесту, опозиції, емансипації.

Певні прояви дизонтогенезу, менш виражені та, в цілому, зворотні, пов'язані з впливом несприятливих соціальних чинників. Але і в цьому разі також негативні впливи на дитину в більш ранньому віці мають більш виражені наслідки, а порушення розвитку є стійкішим.

До соціально обумовлених видів непатологічних відхилень розвитку належить *педагогічна занедбаність* – затримання інтелектуального та емоційного розвитку, обумовлена соціально-культурною депривацією (несприятливими умовами виховання), що створюють значний дефіцит інформації та емоційного досвіду на ранніх етапах розвитку.

До соціально обумовлених видів патологічних порушень онтогенезу належить *патохарактерологічне формування особистості* – аномалії розвитку емоційно-вольової сфери з наявністю стійких афективних змін і вегетативних дисфункцій, викликаних тривалими несприятливими умовами виховання.

Характер порушення психічного розвитку визначають певні параметри.

Перший параметр пов'язаний із *функціональною локалізацією порушення*, залежно від якої виділяються конкретні

дефекти (дефіцитарність окремих функцій – гнозису, праксису, мови) та генералізований дефект (порушення підкіркових і кіркових структур мозку). В процесі розвитку загальні та конкретні порушення вибудовуються в певну ієрархію. Крім того, конкретні дефекти за певних умов розвитку в тій чи іншій мірі компенсуються завдяки збереженню загальних регуляторних систем. З іншого боку, генералізовані дефекти, обумовлені дисфункцією регуляторних систем, негативно впливають на всі рівні психічного розвитку.

Другий параметр пов'язаний із *віковим періодом*, в який відбулося ураження, і залежно від якого буде відрізнятися характер патології розвитку. Чим раніше сталося ураження, тим імовірніше виникнення явища недорозвинення. Чим пізніше виникає порушення нервової системи, тим більш характерні явища пошкодження. Часовий чинник визначається не лише хронологічним моментом виникнення порушення, а і тривалістю періоду розвитку даної функції в онтогенезі. Найбільш уразливими до ранніх негативних впливів є функціональні системи з відносно коротким циклом розвитку (функції, що мають підкоркову локалізацію). Менш уразливі на ранніх стадіях онтогенезу – коркові функції, що мають більш тривалий період розвитку. У разі виникнення таких уражень найчастіше спостерігається або стійке недорозвинення, або затримання розвитку. Ймовірність порушення різних функцій також пов'язана з несприятливим впливом у кризові (сенситивні) періоди їх розвитку.

Третій параметр пов'язаний із *порушенням міжфункціональних взаємодій* у процесі аномального розвитку. За нормального онтогенезу маємо кілька типів міжфункціональних відносин: явища тимчасової незалежності функцій, асоціативні зв'язки, ієрархічні зв'язки. Перші два типи характерні для ранніх етапів онтогенезу, а ієрархічні зв'язки формуються в процесі соціокультурного розвитку. В нормі ці типи міжфункціональних зав'язків відображають рівні функціональної організації психічної діяльності, а їх порушення

неминуче призводить до дезорганізації всього процесу психічного розвитку. Під час патологічних впливів тимчасова незалежність функції перетворюється в ізольованість. Розвиток ізольованої функції, позбавленої взаємодії з іншими функціями, зупиняється. Водночас ізольованою може виявитися не лише пошкоджена функція, а й збережена, якщо для її подальшого розвитку необхідна взаємодія з порушеною функцією. Так, наприклад, за деяких видів олігофренії спостерігається гарна механічна пам'ять, проте її повноцінне використання неможливе через недорозвиненість мислення. Більшою мірою під час патології розвитку страждають ієрархічні зв'язки, які відрізняються значною обмеженістю та дуже слабкою стійкістю. Найменші труднощі можуть спричинити за собою регрес або повернення на більш ранній рівень розвитку. Так, діти із затриманням у розвитку, які вже знають усний рахунок, за будь-якої складності (стрес, захворювання) повертаються до рахунку на пальцях.

Типи психічного дизонтогенезу

Регресія – повернення функціонування певних психічних процесів на більш ранній віковий рівень. Регресія може мати тимчасовий, функціональний характер (тимчасова регресія), так постійний, пов'язаний із пошкодженням функції (стійка регресія). Наприклад, до тимчасової втрати навичок ходіння або підтримання охайності може призвести навіть соматичне захворювання в перші роки життя. Прикладом стійкого регресу може бути повернення до автономної мови внаслідок втрати потреб у комунікації, що спостерігається під час раннього дитячого аутизму. Чим менший шлях розвитку пройшла конкретна функція, тим більшою мірою вона буде схильна до регресу. Безумовно, піддатись регресу можуть не лише функції, що перебувають у сенситивному періоді, а й такі, що вже достатньою мірою сформовані. Цей феномен спостерігається за більш грубого патологічного впливу: під час шоквої психічної травми, за гострого початку шизофренічного процесу.

Явища регресу необхідно диференціювати від явищ *розпаду*, за яких відбувається не повернення функції на більш ранній віковий рівень, а її груба дезорганізація або випадання. Чим сильнішим є ураження нервової системи, тим буде спостерігатися більш стійкий регрес та з більшою ймовірністю відбудеться розпад функції.

Відставання в розвитку містить такі типи дизонтогеній: загальне недорозвинення та затриманий розвиток.

Загальне недорозвинення має вроджений психічний дефект, що виник унаслідок пошкодження та патологічного розвитку головного мозку на ранніх стадіях онтогенезу. Типовим проявом загального недорозвинення є олігофренія. Етіологія цього типу дизонтогенезу обумовлена біологічними чинниками (ендогенно-спадковими та екзогенними): генетичні вади, дифузні пошкодження незрілого мозку за певних внутрішньоутробних, родових і ранніх постнатальних впливів. Для загального недорозвинення властивим є: інертність психічних процесів, труднощі формування ієрархічних зв'язків між різними функціональними системами, переважання в асинхронії ознак ретардації. Найбільш виражена недостатність вищих психічних функцій і меншою мірою – базальних функцій.

Затриманий розвиток – це уповільнення темпу дозрівання психіки щодо загальних норм її розвитку, що проявляється в тимчасовій фіксації на певній стадії розвитку або застряганні психічного формування на більш ранніх вікових етапах. В основі етіології затримання психічного розвитку лежать різні чинники: генетичні, соматогенні (хронічні захворювання), психогенні (несприятливі умови виховання), церебрально-органічні (інфекції, інтоксикації, травми мозку на ранніх стадіях його розвитку). Залежно від першопричини затримання, різноманітними є її прояви в процесі формування пізнавальної діяльності. Так, для соматичного генезу властива підвищена стомлюваність (хронічна астенія), для психогенної – явища соціокультурної та педагогічної занедбаності, для органічного генезу – нейродинамічні, енцефалопатичні розлади тощо. Затримання

розвитку емоційної сфери проявляється в різних клінічних варіантах інфантилізму (конституційного, соматогенного, психогенного, церебрально-органічного). На відміну від загального стійкого недорозвинення, для затриманого розвитку характерна частковість ураження систем, обумовлена недостатністю розвитку базальних функцій і більшою збереженістю вищих психічних функцій.

Група *дефектного розвитку* подана такими типами дизонтогеній: пошкоджений розвиток і дефіцитарний розвиток.

Пошкоджений розвиток характеризується поєднанням грубого пошкодження вже сформованих психічних функцій із недорозвиненням «молодших» структурних елементів. В основі етіології пошкодженого розвитку лежать біологічні чинники: генетичні вади, інфекції та інтоксикації, ураження ЦНС. Головною відмінністю патогенезу є більш пізній (після 2–3 років) вплив шкідливого чинника на вже значною мірою сформований мозок дитини. В цьому разі страждають лобно-підкіркові взаємозв'язки. Залежно від типу пошкодження можливі явища ізоляції окремих систем і розпад складних ієрархічних зв'язків, грубий регрес інтелекту та поведінки. Типовою моделлю пошкодженого розвитку є органічна деменція, за якої в основному відбуваються розлади емоційної сфери часто в поєднанні з розгальмуванням потягів, глибокими порушеннями цілеспрямованої діяльності та особистості в цілому.

Дефіцитарний розвиток – це грубе недорозвинення або пошкодження окремих функціональних систем (зору, слуху, мови, опорно-рухового апарату). Первинний дефект аналізатора або певної фізіологічної структури призводить до недорозвинення конкретних функцій, а також до уповільнення розвитку низки функцій, пов'язаних із постраждалою опосередковано, що гальмує психічний розвиток у цілому. Дефіцитарність окремих сенсорних і моторних систем сприяє виникненню явищ ізоляції. Наприклад, порушення зору призводить до недорозвинення координації між мовою та рухами.

Вирішальне значення під час дефіцитарного розвитку має

первинне потенційне збереження інтелектуальної сфери, інших сенсорних і регуляторних систем, що надають можливість компенсації за умови своєчасної та інтенсивної корекційної роботи з боку дорослих.

Асинхронія розвитку – викривлений, диспропорціональний, дисгармонійний психічний розвиток, який характеризується вираженим випередженням формуванням одних психічних функцій і властивостей особистості та значним відставанням темпу та термінів дозрівання інших функцій і властивостей. Асинхронія розвитку як у кількісному, так і в якісному відношенні, відрізняється від фізіологічної гетерохронії розвитку (не одночасного дозрівання церебральних структур і функцій). Приклад гетерохронії – швидкий розвиток сприйняття та мовлення за відносно сповільнених темпів розвитку праксису на ранніх етапах психічного онтогенезу. Водночас – чим складнішою є психічна функція, тим більше окремих форм координування з іншими функціями виникає в період її формування. За патологічного (асинхронного) розвитку відбувається порушення міжфункціональних зв'язків. Тимчасова незалежність перетворюється в ізоляцію. Ізольована функція, позбавлена впливу з боку інших психічних функцій, стереотипізується, фіксується, зациклюється в своєму розвитку. Так, під час важких форм розумової відсталості весь моторний репертуар хворої дитини може являти собою ритмічне розгойдування з боку в бік, стереотипне повторення одних і тих самих рухів.

До основних проявів асинхронії належать ретардація та патологічна акселерація.

Явище *ретардації* – незавершеність окремих періодів розвитку, відсутність інволюції більш ранніх форм. Такі особливості є характерними для олігофренії та затримання психічного розвитку. Наприклад, дитина може мати загальне мовне недорозвинення та патологічно тривале збереження автономної мови. Подальший мовленнєвий розвиток такої дитини відбувається не внаслідок зміни автономної мови на звичайну, а в

межах самої автономної мови, за рахунок накопичення словника автономних слів.

Патологічна акселерація окремих функцій – це надзвичайно ранній та ізольований розвиток певної функції, наприклад, пришвидшений розвиток мови (до 1 року) під час раннього дитячого аутизму.

Поєднання явищ патологічної акселерації та ретардації психічних функцій, наприклад, поєднання раннього виникнення мови з вираженим недорозвиненням сенсорної та моторної сфери під час раннього дитячого аутизму – це явище асинхронії. Асинхронія може мати спотворений і дисгармонійний розвиток.

Спотворений розвиток проявляється в складних комбінаціях прискореного розвитку окремих психічних функцій в поєднанні з загальним недорозвиненням (затриманим або пошкодженим). Спотворений розвиток знаходить відображення в наступних проявах: нерівномірність і невідповідність розвитку моторики та інтелекту, емоцій та інтелекту, своєрідність мови, відсутність контактів із дітьми та дорослими, порушення ігрової діяльності (тривалий період маніпуляції з предметами, відсутність рольових ігор тощо). Найчастіше в етіології спотвореного розвитку провідну роль відіграє спадковий чинник. Прикладом спотвореного розвитку є синдром дитячого аутизму та шизофренії.

Дисгармонійний розвиток характеризується порушенням особистісного розвитку, що виявляється у формуванні досить специфічної емоційно-вольової сфери. Асинхронія дисгармонічного розвитку, як і під час спотвореного розвитку, поєднує в собі явища ретардації одних систем із парціальною акселерацією інших під час загального порушення субординаційної взаємодії з низкою психічних функцій. Відмінною рисою дисгармонійного розвитку є диспропорційність психіки, що проявляється в неадекватній реакції на зовнішні подразники та породжує різні аномалії особистості. Типовим проявом дисгармонійного розвитку є різні психопатії. Етіологія дисгармонійного розвитку обумовлена як біологічними

(генетичними), так і соціальними чинниками (дефекти виховання, негативний вплив соціальних чинників).

Психічний інфантилізм – це незрілість особистості зі збереженням дитячих та ювенільних якостей. Зазвичай виявляється в шкільному та підлітковому віці, іноді й пізніше. Тут не мається на увазі регресія особистості, пов'язана з захворюванням або тривалою ізоляцією дитини, наприклад, у лікарні (коли з'являються ознаки госпіталізму). Поширеність психічного інфантилізму в дітей оцінюється в 1,6 %. Причини його різні: легкі ураження головного мозку (інфекції, інтоксикації, гіпоксія в фетальному періоді вагітності та в інтранатальному періоді), спадковість, конституція, а також неправильне виховання (гіпо-, гіпертурбота, авторитарний, автократичний, елітарний стиль виховання).

Розрізняють гармонійний, дисгармонійний та органічний інфантилізм.

Гармонійний простий інфантилізм – рівномірне затримання темпу як фізичного, так і особистісного дозрівання. Відставання розвитку становить 1–3 роки від норми, вирівнювання з однолітками в сприятливих випадках настає приблизно до 10-річного віку. Діти виглядають молодше однолітків, надають перевагу спілкуванню з дітьми меншими за віком. Вони не прагнуть бути схожими на дорослих, їм важко зрозуміти, що вони мають певні обов'язки: займатися в школі, відповідати на запитання вчителя, дотримуватися дисципліни, робити домашні завдання, допомагати дорослим, підтримувати порядок у своїй кімнаті. Все це здається їм нецікавим і непотрібним. Діти безтурботні, не здатні контролювати свої бажання, їм важко щось змусити себе робити. Мають поверхневі, нестійкі інтереси; інтересів до інших видів активності, окрім гри, вони не виявляють. Не проявляють самостійності, ініціативи, не можуть постояти за себе, орієнтуються на допомогу батьків або інших дорослих. Увага нестійка, діти постійно відволікаються, втомлюються від серйозних занять, але водночас невтомні в іграх. Під час нормального інтелекту рівень шкільної успішності є

низьким. Важко адаптуються до шкільної дисципліни, нерідко виникають невротичні реакції (відмова відповідати біля дошки, «істерики», спроби покинути клас, заняття сторонніми речами).

Дисгармонійний інфантилізм – поєднання ознак простого інфантилізму з окремими патологічними рисами характеру, такими як афективна збудливість, конфліктність, брехливість і хвастощі, егоїзм, вередливість, схильність до соціальних ексцесів. Окремі патологічні риси характеру виявляються вже на першому-другому році життя. У підлітковому віці поведінка стає девіантною, делінквентною, наближаючись до психопатій збудливого, істеричного, дисоціального та інших типів.

Органічний інфантилізм пов'язаний із психоорганічним синдромом. Одночасно виявляються стигми внутрішньоутробної патології: дисгенезії, порушення росту тощо. Симптоми емоційно-вольової незрілості зазвичай поєднуються з явищами граничної розумової відсталості: сповільненість та інертність психічних процесів, збіднення уяви та одноманітність у поведінці, зниження пам'яті, рухова розгальмованість, запальність, швидке стомлювання. З іншого боку, такі діти цілком здатні навчатися за програмою загальноосвітньої школи, задовільно справляються з засвоєнням абстрактного матеріалу, з письмом, читанням, математикою, розумінням змісту текстів тощо.

ТЕМА17. ОСНОВИ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ

Предмет та основні поняття нейропсихології.
Структурно-функціональна організація мозку.
Міжпівкульова асиметрія.
Локалізація психічних функцій.

Предмет та основні поняття нейропсихології

Нейропсихологія – галузь психології, що входить у медичну психологію. Сформувалася на межі загальної психології,

нейрофізіології, неврології, нейрохірургії. Зв'язок нейропсихології із загальною психологією коротко охарактеризувати можна так:

понятійний апарат нейропсихології сформувався на основі загальнопсихологічної теорії, будучи своєрідним «додатком» до загальнопсихологічних уявлень про роботу мозку; значення нейропсихології для загальної психології – на патологічному матеріалі можлива перевірка гіпотез для вирішення загальнопсихологічних проблем, оскільки, як відомо, патологія показує те, що приховано в нормі.

Предмет нейропсихології – закономірності перебігу вищих психічних функцій (ВПФ) і цілісної психічної діяльності, особливості їх мозкової організації, принципи роботи мозку як субстрату психічних процесів, прояви їх порушень за різної патології мозку.

Завдання нейропсихології умовно можна поділити на теоретичні та практичні.

Теоретичні завдання полягають у дослідженні вищих психічних функцій та їх психологічної структури; аналіз мозку як субстрату ВПФ, принципів його побудови та діяльності під час здійснення ВПФ; співвідношення ВПФ і мозок, тобто вивчення принципів мозкової організації (локалізації) ВПФ.

Практичні завдання полягають у діагностиці та реабілітації вищих психічних функцій.

Практичне значення нейропсихології полягає в тому, що нейропсихологічний підхід до аналізу порушень психічної діяльності та окремих ВПФ може здійснюватися під час досліджень у будь-якій клініці – психіатричній, соматичній, неврологічній, нейрохірургічній. Різні захворювання викликають зміни роботи всього організму, зокрема і мозкових структур, що може позначитися на роботі ВПФ. Нейропсихологічний підхід до аналізу ВПФ може бути використаний і під час роботи зі здоровими людьми. Зокрема, під час дослідження дітей практичний запит може складатися в оцінюванні функціонального рівня сформованості окремих систем мозкових

структур, специфіки їх гетерохронного становлення, врахування зони найближчого розвитку. Це дає можливість обґрунтувати висновки щодо готовності дитини до школи, необхідності тих чи інших корекційних або реабілітаційних заходів, обґрунтовувати навчальні програми в загальних і спеціалізованих освітніх установах.

Нейропсихологія містить різноманітні напрямки, які можна класифікувати за різними критеріями.

За об'єктом дослідження:

- дитяча нейропсихологія (в нормі та під час патології);
- нейропсихологія дорослих (у нормі та під час патології);
- геронтонейропсихологія (в нормі та під час патології).

За основними завданнями конкретного напрямку:

Клінічна нейропсихологія. Вона вивчає наслідки впливу того чи іншого патологічного процесу на стан психічних функцій. Клінічна нейропсихологія вивчає нейропсихологічні синдроми, тобто закономірні поєднання тих порушень, які виникають під час того чи іншого ураження мозку, тому клінічну нейропсихологію інакше називають синдромологією.

Експериментальна нейропсихологія. Вона досліджує психологічні механізми порушення, описані клінічною нейропсихологією. Експериментальна нейропсихологія тісно пов'язана з психофізіологією.

Нейропсихологічна реабілітація. Цей напрямок має справу вже з поставленим діагнозом і займається відновленням порушеної психічної функції та хворого як особистості.

Нейропсихологія норми або диференціальна нейропсихологія. Нейропсихологія норми досліджує особливості та типи мозкової організації в здоровій людини і зіставляє їх із різними психічними процесами та індивідуально-психологічними особливостями.

Основні поняття нейропсихології

Нейропсихологічний чинник – структурно-функціональна одиниця роботи мозку, що характеризується певними принципами фізіологічної діяльності; патологічне викривлення структурно-функціональної одиниці лежить в основі

нейропсихологічного синдрому.

Нейропсихологічний синдром – закономірна сукупність порушень ВПФ, комплекс порушень психічних процесів або нейропсихологічних симптомів. Нейропсихологічні симптоми діляться на:

первинні – порушення ВПФ, безпосередньо пов'язані з ураженням (випаданням) певного нейропсихологічного чинника. Під час ураження певної ділянки мозку страждає нейропсихологічний чинник, що призводить до пошкодження ланки ВПФ і проявляється в порушенні ВПФ у цілому;

вторинні – порушення ВПФ, що виникають як системний наслідок первинних нейропсихологічних симптомів за законами їх системних зв'язків. В основі нейропсихологічного синдрому лежить порушений нейропсихологічний чинник. За його порушенням «стоїть» ураження певної ділянки мозку та зміна тих нейрофізіологічних процесів, які протікали в цій ділянці.

Функціональна система – сукупність аферентних та еферентних ланок, об'єднаних у систему для досягнення кінцевого результату. Різні за змістом ВПФ (гностичні, мнестичні, інтелектуальні тощо) забезпечуються якісно різними функціональними системами.

Локалізація ВПФ (або мозкова організація ВПФ) – центральне поняття теорії системної динамічної локалізації ВПФ, що пояснює зв'язок мозку з психікою як співвідношення різних ланок (аспектів) психічної функції з різними нейропсихологічними чинниками (тобто принципами, властивими роботі тієї чи іншої мозкової структури – коркової або підкоркової).

Міжпівкульова взаємодія – особливий механізм об'єднання лівої та правої півкуль в інтегративно функціонувальну систему, що формується в онтогенезі (як вважають, під час переважного впливу генетичних чинників).

Міжпівкульова асиметрія – окремий випадок міжпівкульової взаємодії – нерівноцінність, якісна відмінність того вкладу, який робить ліва та права півкулі мозку в здійснення

кожної психічної функції; різна мозкова організація вищих психічних функцій у лівій і правій півкулях.

Поліфункціональність мозкових структур – механізм, що забезпечує пластичність мозку за рахунок існування «жорстких» і «гнучких» ланок функціональної системи. Прикладом жорстких ланок є первинні зони кори великих півкуль і певні підкоркові утворення. Зазначені мозкові зони та структури жорстко пов'язані з функціями, внаслідок їх ураження виникають незворотні дефекти.

Структурно-функціональна організація мозку

Зазначена концепція була запропонована А. Р. Лурієм. Відповідно до цієї моделі мозок може бути поділений на 3 основних структурно-функціональних блоки, діяльність яких необхідна для здійснення будь-якого виду психічної діяльності:

I Блок регуляції активації мозку, його тонуусу та рівня стану активності соматичної нервової системи.

II Блок прийому (отримання), перероблення та зберігання інформації, що надходить із зовнішнього світу.

III Блок програмування, регуляції та контролю психічної діяльності.

Розглянемо докладніше структурну організацію та функції кожного блоку.

Блок. Його умовно називають «енергетичним». Він містить ретикулярну формацію стовбура мозку, неспецифічні структури середнього мозку, неспецифічні структури діенцефального мозку, лімбічну систему, медіобазальні відділи кори лобових і скроневих часток. Найважливішою складовою цього блоку є ретикулярна формація (РФ). Її особливості:

- радіальне поширення в ній збудження;
- вертикальний принцип побудови;
- здійснення неспецифічної та специфічної функцій.

У структурі РФ виділяються волокна та ядра (обмежені клітинні скупчення). Волокна РФ оточені сенсорними зв'язками, з якими вони пов'язані безліччю колатералей. Крім цього РФ

ділиться на два відділи: низхідний та висхідний. Волокна РФ, прямуючи вгору, утворюють синапси у вище розміщених мозкових утвореннях, враховуючи кору великих півкуль. Ці волокна становлять висхідний шлях. Від кори беруть початок низхідні волокна, які йдуть у зворотному напрямку до структур гіпоталамуса, середнього мозку та до більш низьких рівнів стовбура мозку. Через ці низхідні системи зв'язків усі утворення, що розміщені нижче, перебувають під управлінням і контролем тих програм, які виникають у корі великих півкуль і для виконання яких потрібен стан, протилежний сну. Висхідні та низхідні відділи містять і активаційні, і гальмівні шляхи.

Функції I Блоку: регуляція процесів активації, регуляція циклу «сон-неспанья», забезпечення сфери потреба-мотивація, забезпечення модально-неспецифічної уваги та пам'яті, регуляція емоційних явищ, активація свідомості в цілому. Крім того, блок приймає і переробляє різну інтероцептивну інформацію про стан внутрішнього середовища організму та регулює ці стани за допомогою нейрогуморальних, біохімічних процесів.

Блок містить зовнішні відділи нової кори, що входять в основні системи аналізаторів. Це такі відділи:

- потилична або зорова;
- скронева або слухова;
- тім'яна або загальної чутливості.

Нейрони кори зазначених відділів реагують лише на певний тип подразників, забезпечуючи високу модальну специфічність II Блоку.

Дамо коротку характеристику полям кори, що входять у II Блок.

Первинні або проєкційні поля – виконують вузькоспеціалізовану функцію відображення стимулів лише однієї модальності (якості). Психологічний еквівалент цього відображення – відчуття. Забезпечують ідентифікацію стимулу за його якістю та сигнальним значенням. Інформація потрапляє в ці ділянки через ядра таламуса. Всі первинні коркові поля характеризуються:

- топічним принципом організації (кожна ділянка рецепторної поверхні «проектується» на певну ділянку в первинній корі, тому первинна кора називається проєкційною);
- принципом функціонального представництва органу (величина зони представництва тієї чи іншої рецепторної ділянки в первинній корі залежить від функціональної значущості органу).

Вторинні або гностичні поля – своєрідна «надбудова» над проєкційними. На поверхні мозку вторинні поля межують із проєкційними або оточують їх. У них відбувається послідовне ускладнення процесу перероблення інформації. Забезпечують перетворення імпульсів, організованих за соматотопічним принципом, у функціональну організацію, яка на рівні психіки відповідає процесу сприйняття. Модальна специфічність менш виражена. Вторинні поля забезпечують сприйняття (гнозис). Тому і називаються гностичними. Первинні та вторинні поля належать до ядерних зон аналізаторів.

Третинні поля або зони перекриття – асоціативні зони. Третинні поля перебувають поза ядерних зон аналізаторів. Розміщені на кордоні потиличного, скроневого та заднього тім'яного відділів кори і не мають безпосереднього виходу на периферію. Нейрони цих зон мультимодальні, що забезпечує їх реагування на узагальнені ознаки зовнішніх стимулів. Психологічний еквівалент їх діяльності – сприйняття навколишнього світу у всій повноті різномодальних характеристик. Крім того, виконують й іншу функцію – забезпечують перехід від безпосереднього наочного синтезу до рівня символічних образів. Функції теоретичних полів.

Інтеграція збуджень, що приходять від вторинних полів усіх аналізаторів. Результатом активності цих зон є сприйняття світу у всій повноті.

Забезпечення переходу від безпосереднього наочного синтезу до рівня символічних процесів, завдяки яким стає можливим здійснення мовної та інтелектуальної діяльності.

Функції II Блоку: забезпечення модально-специфічних процесів, здійснення складних форм перероблення інформації, що приходить із навколишнього світу та яка необхідна для реалізації вищих психічних функцій, забезпечення переходу від наочного синтезу до рівня символічних процесів (оперування зі значеннями слів, складними граматичними та логічними структурами, з системами чисел та абстрактними співвідношеннями).

Блок – блок програмування, регуляції та контролю за складними формами діяльності. Відіграє основну роль в активній свідомій психічній діяльності, що пов'язана зі здійсненням планів і контролем за їх виконанням. Містить моторні (рухові), премоторні та префронтальні відділи з їх двосторонніми зв'язками. III Блок (як і II Блок) має ієрархічну будову, але, на відміну від II Блоку, в III Блоці процеси проходять у зворотному порядку – від третинних зон через вторинні до первинних зон. Програми формуються в третинних полях, а потім через вторинні (де вони деталізуються) потрапляють у первинну рухову зону, яка посиляє підготовлені рухові імпульси на периферію.

Функції III Блоку: забезпечення формування планів і програм дій і психічної діяльності в цілому; забезпечення регуляції дій і діяльності; забезпечення контролю за діяльністю, зіставлення моделі діяльності та її результатів, корекція помилок.

Отже, I Блок забезпечує енергетичні та нейродинамічні складові психічної діяльності; II Блок – її операціональні складові; III Блок – є чинником довільної регуляції психічної діяльності.

Міжпівкульова асиметрія

Крім трьох названих блоків мозку, як функціонально самостійні відділи розглядаються ліва та права півкулі. Півкулі мозку в людини мають різну функціональну спеціалізацію. В ранньому онтогенезі домінантною є права півкуля мозку, що поступово «віддає кермо влади» лівій, та яка в дорослої людини стає провідною. Це означає, що ліва півкуля відповідає за процеси

мовлення, а також переважаючу частину інших ВПФ та контролює праву півкулю.

Права півкуля в зрілому мозку відіграє субдомінантну роль. Будучи за філогенетичним віком древнішою за ліву, ПП функціонує за принципом безпосереднього чуттєвого та цілісного відображення дійсності. Для того щоб ПП функціонувала, вона повинна зустрітися з дійсністю безпосередньо (чуттєво). Такий спосіб діяльності обумовлює те, що змістом цієї півкулі стають цілісні образи та символи (чуттєві гештальти). Необхідно зазначити, що вони мають індивідуальний характер. На цій дивовижній властивості правої півкулі, а саме, відображати світ індивідуально, ґрунтується, по-перше, індивідуально-психологічне розмаїття людей, а по-друге, безпосередньо творча діяльність. Оскільки принципом функціонування ПП є цілісність, вона не здатна до здійснення операцій аналізу та синтезу. Більше того, спосіб її діяльності характеризується неповнотою усвідомлення.

Ліва півкуля, навпаки, функціонує за принципом абстрагування від чуттєвих стимулів. Вона є кодово-мовною в самому широкому сенсі. Інформація, якою оперує ЛП, характеризується певною долею абстрактності. Абстрактні знаки, якими може оперувати ЛП, мають назву неіконічних, на відміну від правопівкульових – іконічних. До них належать, наприклад, букви, цифри, геометричні фігури, різні математичні, алгебраїчні знаки тощо.

Основний спосіб діяльності ЛП – лінійність, дискретність, усвідомленість, тенденція до створення схем, класифікацій, понять, суджень, тобто логічних універсалій. Вважається, що взаємодію півкуль мозку можна охарактеризувати як співвідношення новизни та рутини. Водночас права півкуля відповідає за когнітивну (пізнавальну) новизну, а ліва – за когнітивну рутину. Інакше кажучи, все, з чим стикається людина вперше, сприймається правою півкулею мозку, а все, чого людина навчилася, стає надбанням лівої та зберігається там у вигляді певних патернів (типових моделей).

Загальновідомо, що ЛП має безпосереднє відношення до здійснення мовної функції, будучи домінантною з мови. Проте визнається і те, що права теж робить певний внесок у мовну активність. Водночас обсяг участі в мовній діяльності ПП залежить як від етапу мовного онтогенезу, так і від індивідуальних особливостей мозкової організації психіки. Чим більш раннім є етап онтогенезу, тим більше він пристосований для оволодіння індивідуальними образами та символами (невербальними чуттєвими еквівалентами вербальних знаків).

У межах зрілої мовної функції ПП здійснює такі функції: деякі операції мовної просодії; образно-символічні індивідуальні еквіваленти вербальних знаків, тобто здатна презентувати предмети та символи, що позначаються словами, ідіоматичні звороти мови. Також права півкуля відповідальна за збереження стандартних повсякденних мовних зворотів.

У межах невербальної (немовленнєвої) діяльності функції правої та лівої півкуль зводяться до наступного. Якщо «лівий мозок» відповідає за різні види праксису, рахування, зорові узагальнення, конструктивно-просторову діяльність, і в цілому за дискретно-логічне мислення, то «правий» є домінантним у здійсненні таких функцій: лицьовий, кольоровий гнозис (впізнання та ідентифікація кольору); певні види симультанного зорового гнозису; музичні функції. В цілому права півкуля переважно сприймає (є перцептивною), а ліва – виконавчою.

Щодо функціональної асиметрії великих півкуль головного мозку можна вважати встановленими такі положення: Функціональна асиметрія має не глобальний, а парціальний характер, причому в різних системах характер асиметрії може бути неоднаковий. Існує три види асиметрій – моторна, сенсорна та психічна. До моторної належать: ручна (мануальна), ножна, оральна, окорухова. До сенсорних – зорова, слухова, тактильна, нюхова та смакова. До психічних – асиметрія організації мовних та інших ВПФ – перцептивних, мнестичних та інтелектуальних. Кожна конкретна форма функціональної асиметрії характеризується певним ступенем вираженості. Виділяють

сильні та слабкі, а також моторні або сенсорні асиметрії. Іноді навіть розраховують і вводять коефіцієнт такої асиметрії. Функціональна асиметрія великих півкуль дорослої людини – продукт дії біосоціальних механізмів, тобто під час розвитку людини показники функціональної асиметрії ускладнюються, диференціюються, а в глибокій старості – знижуються.

Локалізація психічних функцій

Досить довгий час мозок розглядався як єдине ціле, як неподільний субстрат усіх психічних функцій. Лише на початку століття ця ідея була поставлена під сумнів: з'явилися припущення, що можуть бути різні мозкові процеси зі специфічною локалізацією, які забезпечують відносно ізольовані «здібності».

Локалізаціоністський підхід

Яскравим представником локалізаціоністського підходу був Ф. Галль, який припустив, що існують ізольовані «здібності» мозку, які локалізуються в різних відділах кори. Він був першим, хто зазначив на локалізацію «здібності» до мови в лобній ділянці мозку. Конкретні докази існування локалізації мозкового ураження в хворих із розладом мови вперше були надані П. Броком (1860 рік). У 1874 році, через 13 років, К. Верніке опублікував 72-сторінкову книгу, в якій він описав десять хворих із порушеннями розуміння усного мовлення, що поєднувались із порушеннями експресивної мови, називанням предметів, читанням та писемним мовленням. Він назвав ці порушення «сенсорною афазією». Л. Ліхтгейм у 1884 році розробив класифікацію афазій, яку продовжують використовувати до наших днів.

Ці та інші дослідження були проведені в основному з неврологічними хворими, які мають первинно обмежені фокальні ушкодження, викликані здебільшого мозковими інфарктами, пухлинами, а також у деяких хворих із травмами голови.

У психіатрії клініко-анатомічний підхід було важче застосувати через відсутність значних анатомічних змін у

випадках із первинними психічними захворюваннями, такими як шизофренія або маніакально-депресивний психоз. Але деякі можливості використання клініко-анатомічного підходу були продемонстровані за чітко визначених неврологічних захворювань, таких як травми голови, пухлини мозку, енцефаліт, дегенеративні захворювання мозку, у разі, коли вони супроводжувалися психіатричними проявами.

Класичний приклад – це повідомлення про випадок із Фінеасом Гейджем. У хворого спостерігалися глибокі зміни особистості внаслідок важкого пошкодження голови в ділянці лобових часток. Унаслідок нещасного випадку залізний стрижень увійшов у голову хворого з боку лівої щелепи і далі через лобову частку з вихідним отвором у лівій лобовій частці по середній лінії черепа. Інший приклад – це опис Корсаковим у 1887 році особливих амнестичних розладів, викликаних хронічним алкоголізмом; згодом було показано, що ці амнестичні розлади можуть бути пов'язані з ураженнями мамілярних тіл і медіодорсальних ядер зорових пагорбів.

У 20–30-х роках ХХ століття почався комплекс психіатричних досліджень, заснованих на клініко-анатомічному підході. Основні результати були одержані під час досліджень стану ветеранів Першої світової війни з наслідками черепно-мозкової травми, пов'язаної з пораненнями. Ці дані були доповнені у 40–50-х роках ХХ століття дослідженнями психічних проявів пухлин мозку та епілепсії, а також віддалених наслідків пошкоджень мозку, отриманих під час бойових дій Другої світової війни. Було виявлено, що апатія, емоційна тупість розвинулися після ушкоджень лобових часток. Меланхолійний тип депресії часто діагностувався у разі пухлин скроневої часток. Електрична стимуляція ділянки першої скроневої звивини в деяких випадках призводила до розвитку вербальних, слухових і зорових галюцинацій. Поразки хвостатих тіл і лобових часток фіксувались у разі obsesивно-компульсивних розладів.

Холістичний підхід

У дослідженнях локалізації функцій ідеї «точної або

вузької локалізації» з самого початку піддавалися критиці «антилокалізаціоністів», які підкреслювали, що функції мозку не можуть бути зосереджені лише в певних ділянках мозку. Наприклад Ж.-П. Флуранс наполягав на тому, що мозок є гомогенним утворенням, подібний, наприклад, до печінки в своєму фізіологічному функціонуванні. Для підтвердження своїх ідей Флуранс проводив експерименти з видаленням різних частин півкуль мозку в птахів. За деякий час після хірургічного втручання поведінка птахів повністю відновлювалася незалежно від локалізації видалених частин. Ф. Гольц у 1876–1884 роках також спостерігав лише тимчасове порушення поведінки собак після видалення різних частин півкуль мозку та оцінював це як результат реакції мозку як цілісного утворення. У віддалений період після операції в собак виявлявся «загальний занепад інтелекту», який Гольц співвідносив із розміром видаленої тканини мозку, а не з її локалізацією.

Проте навіть представники холістичного підходу бачили дещо інші наслідки після ураження різних частин мозку. Наприклад, Д. Гольдштейн зазначав відмінності між «периферійною» та «центральною» корою. Ураження на периферійних ділянках виявляються в більш елементарних неврологічних проявах, відповідно до анатомічних принципів кортикальної структури, що призводить до розладу «інструментальних» засобів мови у вигляді «периферичної моторної афазії» та «периферичної сенсорної афазії». На думку цього автора, центральна частина кори є екіпотенційною. Ураження будь-якої частини центральної кори призводить до розладу здатності формувати абстрактні поняття, категоризації, та тяжкість цього розладу залежить лише від розміру пошкодженої тканини мозку.

Ідея Гольдштейна була схожою з концепцією рівноцінності тканини мозку. К. Лешлі, який вивчав вплив видалення окремих ділянок півкуль мозку на поведінку щурів, вважав, що ступінь порушень поведінки щурів у лабіринті не залежить від локалізації видаленої ділянки, але пов'язана з розміром цієї ділянки.

Деякі вчені займали проміжну позицію. Їх яскравим представником був Х. Джексон. На його думку, кожна складно організована функція подана в мозку на трьох рівнях: 1) нижчому (стовбуровому або спинальному); 2) середньому (в рухових або сенсорних відділах кори мозку); 3) вищому (лобові долі мозку). Ці уявлення актуальні й на цей час, звісно з певними уточненнями, про які піде мова далі. Х. Джексону належить знаменитий вислів, що локалізувати функцію та локалізувати ураження – не одне й те саме. Це означає, що в результаті ураження мозку в одному місці може виникнути неповноцінність функціонування в іншому, а це вже не збігалося з уявленнями вузького локалізаціонізму.

Сучасні підходи до питання локалізації психічних функцій.

Клініко-анатомічні дослідження значно просунулися в останні десятиліття завдяки успіхам в нейровізуалізації мозку, що здійснюється за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) мозку та ядерного магнітного резонансу (ЯМР) мозку, що стали інструментами для прижиттєвого вивчення анатомії ураження в хворих. Ці дослідження допомогли уточнити клінічні ознаки, класифікацію та анатомію синдромів, які раніше описувалися з використанням старого клініко-анатомічного підходу, заснованого на порівнянні клінічних даних і результатів розтину.

Сучасні підходи, засновані на теорії та моделях процесу перероблення інформації, принесли нове розуміння роботи мозку. Сучасна нейропсихологія використовує такі терміни, як модуль, операція, робоча пам'ять, розпізнавання сигналу з фонового шуму тощо.

Концепція модульності була введена в сучасну теорію функцій мозку Дж. Фодором у 1983 році в його публікації «модулярність розуму». Він розглядав модулі як функціонально-специфічні, орієнтовані на певні стимули автономні підрозділи, які оцінюють перероблену інформацію, що приходить із нижніх рівнів вгору, а не зверху вниз. Нервова архітектура модулів є фіксованою, жорстко структурованою та визначеною генетично.

І. М. Тонконогий виділяє такі типи модулів:

- *Модулі сприйняття і дії;*
- *Модулі уваги, пам'яті, емоцій.*

Ці модулі можуть мати здатність обмінюватися інформацією між собою, переводити інформацію з мови одного модуля на мову іншого: наприклад, із зорового на слуховий тип мови. Деякі модулі можуть працювати як полілінгвістичні пристрої, що здатні використовувати різні мови мозку, ймовірно, за допомогою переведення модальності специфічних мов у власну модальність нейтральної мови. Тонконогий також пропонує ще одну класифікацію модулів.

Модулі для процесу оброблення звичайної інформації. Вони є функціонально-специфічними, орієнтованими на певні стимули, обробляють кілька завдань, таких як предмети або дії. Ці модулі досить прості, займають порівняно невеликі кортикальні ділянки та можуть бути побудовані з відносно істотним надлишком, щоб бути захищеними від ушкодження мозку, особливо від невеликих поразок. Більш великі поразки в цих ділянках можуть призвести до розвитку клінічного синдрому, який відображає порушення набору операцій в окремому функціонально-специфічному модулі, який характеризується певною локалізацією ураження. Наприклад, розвиток афазії Брока, як порушення специфічного модуля для експресивної мови, відбувається внаслідок поразки в нижньозадній лобовій частці та в нижній частині центральних звивин. Процес перероблення звичайної інформації для розуміння мови може бути точно локалізованим в окремій ділянці мозку, наприклад, у задній частині першої скроневої звивини домінантної півкулі, яка називається ділянкою Верніке. Ураження в цій ділянці виявляються як афазія з порушеннями розуміння розмовної мови, відомої як афазія Верніке.

Модулі для перероблення незвичайної інформації вимагають використання більш детального набору характеристик, розширеного сховища пам'яті, та швидкість їх роботи може значно сповільнюватися зі збільшенням обсягу та складності інформації, яку потрібно обробити.

ТЕМА 18. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ

Види та форми нейропсихологічних порушень.

Синдромний аналіз порушень вищих психічних функцій.

Види та форми нейропсихологічних порушень

Будь-яка психічна діяльність людини є складною функціональною системою, реалізація якої забезпечується цілим комплексом спільно працюючих апаратів мозку, кожен із яких вносить свій внесок у роботу цієї функціональної системи. У зв'язку з цим від нейропсихолога потрібен ретельний нейропсихологічний аналіз синдрому, який виникає під час локальних уражень мозку, що дозволить наблизитися до структурного аналізу безпосередньо психологічних розладів.

У нейропсихології термін «синдром» має два значення.

По-перше, «нейропсихологічний синдром» – це закономірне поєднання порушень ВПФ, що виникають унаслідок локального ураження головного мозку та мають у своїй основі патологічні зміни одного (або кількох) чинників.

По-друге, – це грубо виражене порушення однієї конкретної функції. У цьому разі використовується вираз «синдром агнозії», «синдром семантичної афазії» тощо.

Вивчення нейропсихологічних синдромів становить головне завдання клінічної нейропсихології (або синдромології) – основного напрямку сучасної нейропсихології.

Порушення ВПФ можуть проходити в різних формах:

- у формі грубого розладу функції (або її випадіння);
- у формі патологічного ослаблення (або посилення) функції;
- у вигляді зниження рівня виконання функції.

Під порушенням функції зазвичай мають на увазі розпад її психологічної структури.

Класифікація нейропсихологічних синдромів, запропонована А. Р. Лурієм, побудована за *топічним принципом*, тобто за принципом виділення ділянки ураження мозку – морфологічної основи нейропсихологічного чинника.

Відповідно до цього принципу нейропсихологічні синдроми поділяються:

на синдроми ураження коркових відділів великих півкуль і «найближчої підкірки»;

синдроми ураження глибинних підкіркових структур мозку.

Крім топічного принципу класифікації синдромів іноді використовується *нозологічний принцип*. У цьому разі синдроми поділяються на «пухлинні», «судинні», «травматичні» та інші. Подібна класифікація має переважно клінічне значення та підкреслює особливості нейропсихологічних синдромів, пов'язаних із характером захворювання.

Іноді синдроми характеризуються залежно від віку хворого: «дитячі» нейропсихологічні синдроми та «старечі» нейропсихологічні синдроми.

Найбільш докладно в сучасній нейропсихології досліджені синдроми ураження коркових відділів великих півкуль (насамперед лівої півкулі).

Нейропсихологія, досліджуючи закономірності порушення та випадання різних психічних функцій під час локальних уражень головного мозку, розробляє три головних напрямки.

Це дослідження порушень вищих психічних функцій, пов'язаних із:

- психічними пізнавальними процесами (сприйняттям, увагою, пам'яттю, мовою, мисленням);
- психічними станами (в основному, емоційної сфери);
- діяльністю аналізаторних систем (зоровою, слуховою, шкірно-кінестетичною, руховою).

Коротенько розглянемо їх, почавши з третього напрямку.

Аналізаторні системи – це складні багаторівневі утворення, орієнтовані на аналіз сигналів певної модальності

(візуальних, звукових тощо). Під час вивчення роботи різних аналізаторів виділяють дві групи розладів.

Перша група – відносно елементарні *сенсорні розлади*, які відображають порушення різних видів відчуттів (світловідчуття, відчуття кольору, висоти, гучності, тривалості звуку тощо).

Друга група – більш складні *гностичні розлади*, які відображають порушення різних видів сприйняття (форми предметів, символів, просторових відносин, звуків мови тощо). Гностичні порушення пов'язані насамперед з ураженням вторинних коркових полів, хоча в мозкові основи гностичної діяльності входять й інші коркові та підкіркові структури, зокрема префронтальні відділи кори великих півкуль.

Гностичні розлади, що виникають під час кіркових уражень, у нейропсихології називають *агнозії* (це належить до зорового, слухового та шкірно-кінестетичного, або тактильного аналізаторів) та *апраксії* (стосується рухового аналізатора).

Зорові агнозії існують у шести основних формах (предметна, лицьова, оптико-просторова, літерна, колірна, симультанна агнозія).

Серед слухових агнозій виділяють три форми – це аритмія, амузія та просодія.

Тактильні агнозії містять астереогноз, пальцеву агнозію, тактильну алексію, тактильну асимболію, а також соматоagnoзію.

Дефекти рухового аналізатора, пов'язані з порушенням довільних рухів і дій, що здійснюються з предметами, називається *апраксія*. Серед апраксій виділяють чотири форми – кінестетичну, просторову, кінетичну та регуляторну апраксію.

Порушення емоцій у клініці локальних розладів головного мозку відомі давно, насамперед у зв'язку з ураженнями лобових часток головного мозку, скроневої ділянки, а також гіпофізарно-гіпоталамічної ділянки мозку. Найчастіше в цьому разі говорять про збіднення емоцій, зникнення виразних мімічних засобів, часті депресії, емоційну тупість, ейфорію тощо. Тут немає чітких фіксованих форм, але зате виявляються виражені особистісні зміни, що супроводжуються грубими дисфункціями

поведінки.

Сприйняття та увага безпосередньо пов'язані з зоровими, слуховими і шкірно-кінестетичними аналізаторами, а також із руховим аналізатором, пошкодження мозкових зон якого веде до появи різних перцептивних порушень пов'язаних із неможливістю цілісного сприйняття в межах певної сенсорної сфери (або відразу в декількох сферах). Це також викликає неправильну роботу інших ланок ВПФ, особливо еферентних, ефекторних і пов'язаних з інтелектуальною сферою.

Порушення пам'яті найчастіше пов'язують із випаданням однієї з її фаз – запам'ятовування, збереження або відтворення. Крім цього, ураження тих чи інших локальних ділянок мозку може призвести до прояву модально-специфічних порушень пам'яті, пов'язаних з інформацією, що надходить (або надходила раніше) через будь-які аналізатори.

Мовні порушення відомі двох видів – експресивний і імпресивний. Під час аналізу проявів порушень мови дослідники стикаються з такими розладами, як дизартрія, аномія, алалія, а також з великим класом афазій – сенсорна, акустико-мнестична, оптико-мнестична, аферентно-моторна, семантична, моторно-аферентна та динамічна.

Розлади такого складного психічного процесу, як **мислення** мають вигляд порушень різних видів інтелектуальної діяльності: оперування поняттями, символами та числами, розуміння та пояснення інформації тощо.

Синдромний аналіз порушень вищих психічних функцій

Кваліфікація симптому є лише першим етапом аналізу мозкової організації психічних процесів. Для того щоб результати вивчення локальної патології мозку дозволили прийти до надійних висновків як щодо структури психічних процесів, так і їх локалізації в корі головного мозку людини, необхідно перейти від кваліфікації одиничного симптому до опису цілого симптомокомплексу або, як це прийнято називати, до *синдромного аналізу* змін поведінки, що проявляються під час

локального ураження мозку.

Ураження навіть невеликої ділянки кори ГМ практично ніколи не веде до випадання будь-якої однієї ізольованої функції, але завжди призводить до порушення великої групи психічних процесів, утворюючи цілий «симптомокомплекс» або синдром. Наприклад, порушення моторної мови, характерне для ураження ділянок кори ГМ у «центрі Брока», настає під час руйнування ділянок кори ГМ, що виходять далеко за межі цього «центру». Обмежене ураження кори зовнішніх відділів лівої скроневої ділянки викликає зовсім не ізольоване порушення мови, як це вважав Верніке – воно обов'язково супроводжується порушенням можливості аналізувати мовні звуки, викликає розлад повторення та пригадування слів, порушення інтелектуальних операцій, водночас залишається здатність орієнтування в просторі та оперування з цифрами. Ураження тім'яних або тім'яно-потиличних відділів ЛПІ теж ніколи не викликають обмежених випадків, описаних класиками неврології: за наявності дефектів орієнтування в просторі, грубих порушень числових уявлень і порушень розуміння складних логіко-граматичних структур, залишається здатність розуміння мови, сприйняття та відтворення музичних мелодій.

Сучасні нейропсихологічні дослідження показують – навіть якщо елементарні сенсорні (зір, слух, дотик) та рухові функції після поразки відповідних зон кори не відновлюються, то більш складні форми поведінки можуть відновитися повністю. Відновлення складних форм поведінки базується на тому, що функції такої поведінки перерозподіляються в мозковій корі, причому цей перерозподіл має дуже складний характер, і окремі ланки пошкодженої системи можуть заміщувати одна одну.

Отже, порушення, що виникають унаслідок пошкодження мозку, можна умовно поділити на дві основні категорії:

перша категорія – *невідновлювані*, це зазвичай елементарні фізіологічні функції (слух, тактильна чутливість, зір, прості рухи);

друга категорія – *ті, що відновлюються*: це більш складні форми

психічної діяльності. Наприклад, читання, яке раніше здійснювалося шляхом зорового аналізу та синтезу буквених знаків, після поразки потиличних відділів кори ГМ починає здійснюватися за допомогою тактильного та рухового обведення букв.

У нейропсихології також виділяють дві великі групи розладів: сенсорні та гностичні.

Сенсорні розлади пов'язані з ураженням периферичних і різних підкіркових рівнів аналізатора, а також первинного та підкіркового поля відповідного аналізатора.

Гностичні порушення виникають унаслідок ураження вторинних коркових полів.

Коркові нейропсихологічні синдроми в цілому можна поділити на дві великі категорії:

- синдроми, пов'язані з ураженням задніх відділів мозку;
- синдроми, пов'язані з ураженням передніх відділів великих півкуль (лівої та правої).

Задні відділи кори великих півкуль, розташовані позаду від Роландової борозни, мають коркові ядерні зони трьох основних аналізаторів:

- зорового;
- слухового;
- шкірно-кінестетичного.

Нейропсихологічні синдроми ураження задніх відділів кори великих півкуль мають спільні риси – їх основу становлять переважно гностичні, мнестичні та інтелектуальні розлади, пов'язані з порушенням різних модально-специфічних чинників.

У сучасній нейропсихології описані такі нейропсихологічні синдроми, що виникають під час ураження задніх відділів кори великих півкуль.

Синдроми ураження потиличних і потилично-тім'яних відділів кори.

В основі цих синдромів лежать порушення модально-специфічних чинників (зорового та зорово-просторового). Порушення проявляються, насамперед, у розладах зорового

гнозису у вигляді зорових агнозій (предметної, симультанної, колірної, лицьової, оптико-просторової), а також у розладах зорової перцептивної діяльності.

Форма зорових агнозій залежить від сторони ураження мозку – колірна, лицьова та оптико-просторова агнозії частіше проявляються під час ураження правої півкулі мозку. Буквенна та предметна агнозії – лівого (у правші).

Особливу групу симптомів ураження цих відділів мозку становлять порушення зорової пам'яті, зорових уявлень, які, зокрема проявляються в дефектах малюнка (частіше також під час правобічних уражень).

Поразки потилично-тім'яних відділів кори великих півкуль нерідко супроводжуються симптомами порушення зорової (модально-специфічної) уваги у вигляді ігнорування однієї частини зовнішнього простору.

Самостійний комплекс нейропсихологічних симптомів зазначених відділів пов'язаний із порушеннями оптико-просторового аналізу та синтезу. Ці порушення проявляються в труднощах орієнтування в зовнішньому просторі (в своїй палаті, на вулиці тощо), а також у труднощах сприйняття просторових ознак об'єктів та їх зображень (карт, схем, годин, малюнків). Візуально-просторові порушення можуть виявлятися і в руховій сфері. У цьому разі страждає просторова організація рухових актів, унаслідок чого порушується праксис пози, виникає просторова (конструктивна) рухова апраксія.

Самостійну групу симптомів під час ураження потилично-тім'яних відділів кори (на межі зі скроневими вторинними полями) становлять порушення мовних функцій у вигляді *оптико-мнестичної афазії*. Особливістю цієї форми мовних розладів є порушення наочно-образних уявлень, унаслідок чого ускладнюється пригадування слів, що позначають конкретні предмети.

Отже, в нейропсихологічні до *синдромів ураження потиличних і потилично-тім'яних відділів* кори великих півкуль входять гностичні, мнестичні, інтелектуальні, рухові та мовні

розлади, зумовлені порушеннями модально-специфічних чинників (зорового та зорово-просторового).

Синдроми ураження скронево-тім'яно-потиличних відділів кори великих півкуль

В основі зазначених синдромів лежать порушення більш складних – інтеграційних («асоціативних») чинників, пов'язаних із роботою третинних полів кори. Поразка цієї зони має такі симптоми:

– труднощі орієнтації в зовнішньому просторі (особливо в право-лівих координатах простору);

– моторно-просторові порушення у вигляді конструктивної апраксії, труднощі в написанні букв (симптом дзеркального копіювання);

– інтелектуальні розлади на мовному рівні у вигляді нерозуміння відповідних логіко-граматичних конструкцій, що перешкоджає успішному виконанню низці вербально-логічних інтелектуальних операцій.

Синдроми ураження кори тім'яної ділянки мозку

«Тім'яні» синдроми містять різні гностичні, мнестичні, рухові та мовні порушення, пов'язані з розпадом тактильних (або «відчуттєвих») симультанних синтезів.

Синдроми ураження конвексимальної кори скроневої ділянки мозку

Основними чинниками, що зумовлюють появу синдромів ураження скроневої кори, є модально-специфічні – пов'язані з переробленням звукової інформації (мовних і немовних звуків).

Описуючи синдроми ураження скроневої кори, виділяють:

синдром, пов'язаний із ураженням ядерної зони кори слухового аналізатора, в основі якого лежить розлад фонематичного слуху;

синдром, пов'язаний з ураженням ділянок, розміщених на кордоні скроневої та тім'яно-потиличної кори, основою якого є порушення слухо-мовленнєвої пам'яті.

Поразка скроневої кори правої півкулі призводить до порушень немовного та музичного слуху, а також пам'яті на

немовні звуки та музичної пам'яті. У цьому разі хворий не здатний визначити значення різних побутових звуків і шумів (слухова агнозія) або не впізнає і не може відтворити знайомих мелодій (амузія).

Синдроми ураження кори медіобазальних відділів скроневої ділянки мозку

Медіобазальні відділи кори скроневої ділянки входять до лімбічної системи мозку, що характеризується дуже складними функціями. До них належить регуляція рівня неспання мозку, емоційних станів, участь у процесах пам'яті, свідомості тощо.

Найбільш вивчені три групи симптомів, що входять у ці синдроми.

Перша група симптомів – це *модально-неспецифічні порушення пам'яті*. Такі хворі мають труднощі під час безпосереднього утримання слідів, тобто первинні порушення короткочасної пам'яті.

Друга група симптомів пов'язана з порушеннями в *емоційній сфері*. Поразка скроневих відділів мозку призводить до значних емоційних розладів, які кваліфікуються в психіатричній літературі як афективні пароксизми (у вигляді нападів страху, туги, жаху), що супроводжуються бурхливими вегетативними реакціями.

Третю групу симптомів становлять симптоми *порушення свідомості*. В одних випадках – це просоночні стани, сплутаність свідомості, іноді галюцинації; в інших – труднощі орієнтування в місці, часі, а також конфабуляції.

ТЕМА 19. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ

Гностичні порушення зорового, слухового
кінестетичного аналізаторів.

та шкірно-

Порушення уваги, пам'яті й мови.

Порушення емоцій, мислення та довільних рухів.

Гностичні порушення зорового, слухового та шкірно-кінестетичного аналізаторів

Гностичні зорові функції пов'язані з роботою вторинних полів зорового аналізатора та прилеглих до них третинних полів кори великих півкуль. Дослідження гностичних порушень у людини пов'язані в основному з ім'ям В. Пенфильда. Ще у 1952 році він виявив, що під час електричного подразнення певних ділянок кори головного мозку в людини з'являються складні зорові образи, тобто не окремі спалахи світла, а знайомі обличчя, візуальні картини. У подальшому клінічні спостереження показали, що поразка цих ділянок кори та прилеглих до них підкіркових зон призводить до різних порушень зорового гнозису, тобто агнозій.

Агнозії – це розлади, які виникають під час ураження коркових структур задніх відділів великих півкуль і характеризуються відносною не ушкодженістю елементарних зорових функцій (гостроти зору, полів зору, відчуття кольору).

Існує шість основних форм *зорових агнозій*, а саме: предметна агнозія, коли хворий, правильно оцінюючи окремі елементи зображення, не може зрозуміти сенс зображення об'єкта;

лицьова агнозія, коли хворий не розрізняє людські обличчя;

оптико-просторова агнозія: погане орієнтування в просторових ознаках зображення;

буквена агнозія, за якої пацієнт, правильно копіюючи літери, не може їх читати;

колірна агнозія, коли хворий розрізняє кольори, але не може сказати, які предмети пофарбовані тим чи іншим кольором;

симультанна агнозія – таке порушення зорового гнозису, коли хворий може сприймати лише окремі фрагменти цілісного зображення внаслідок різкого звуження можливості бачити ціле.

Слухові гностичні розлади виникають під час ураження кіркового рівня – 22, 41 і 42 полів ЛП і ПП ГМ. Так, під час

ураження ядерної зони слухової системи ПП людина не здатна визначити значення найпростіших звуків – скрипу двері, звуку кроків, шуму води, що ллється тощо. Тобто ці та подібні звуки перестають для хворих бути носіями певного сенсу, хоча слух як такий у них збережений і вони можуть розрізняти звуки за висотою, інтенсивністю, тривалістю та тембром. Під час ураження скроневої ділянки ГМ порушується здатність до розрізнення звукових комплексів, особливо таких, що складаються з серії послідовних звуків, крім того, з'являються та починають наростати дефекти слухової пам'яті, так званої «пам'яті на слух». Можуть виникати такі симптоми як аритмія, коли людина не може правильно оцінити ритмічні структури на слух і відповідно не може їх повторити.

Під час правопівкульового ураження скроневої ділянки ГМ виникає явище амузії – коли людина не впізнає мелодію, більш того, вона оцінює музику як неприємне переживання, може навіть відчувати головний біль. У хворих проявляється порушення інтонаційної сторони мови – їх мова абсолютно позбавлена модуляцій. Вони багато разів повторюючи римовану фразу, не можуть її проспівати. Крім того, ці люди не можуть визначити, кому належить почутий ними голос – чоловікові, жінці або дитині.

Під час лівопівкульного ураження скроневої ділянки ГМ людина стає нечутливою, неухважною до мовних звуків, здається, що вона не помічає, не чує того, що їй говорять, хоча словесна глухота в таких людей відсутня.

Шкірно-кінестетична, або загальна чутливість філогенетично найдавніша та займає особливе місце серед різних видів чутливості. Якщо відсутність спеціальних видів чутливості – зору, слуху, нюху, смаку не веде до неможливості існування, а лише істотно ускладнює його, то відсутність загальної, шкірно-кінестетичної чутливості є практично несумісним із життям.

Шкірно-кінестетичну чутливість поділяють на дві категорії видів чутливості: пов'язану з рецепторами, що містяться в шкірі, та пов'язані з рецепторами, що перебувають у м'язах,

суглобах і сухожиллях.

Під час ураження вторинних полів тім'яної кори, а це 1-ше, 2-ге і частково 5-те поля верхньої тім'яної ділянки, а також під час ураження третинних 39-го і 40-го полів нижньої тім'яної ділянки, виникають гностичні розлади, пов'язані з ураженням вищих психічних функцій, інакше – *тактильні агнозії*. Це порушення впізнавання форми об'єктів за відносної збереженості поверхневої (шкірної) та глибокої (пропріоцептивної) чутливості. В нейропсихології вивчені два основних синдроми, що пов'язані з тактильною агнозією – нижній тім'яний і верхній тім'яний.

Нижній тім'яний синдром проявляється у формі астереогнозу (тактильно-предметна агнозія).

Астереогноз – це порушення здатності сприймати предмети на дотик, неможливість інтегрувати тактильні відчуття, що надходять від об'єкта. Астереогноз проявляється в двох формах – в одних випадках хворий сприймає окремі ознаки предмета, але не може їх синтезувати в єдине ціле, в інших – хворий не може впізнати навіть ознак цих об'єктів. Іноді трапляються такі специфічні порушення, за яких людина відчуває труднощі впізнання матеріалу, з якого зроблений предмет: вона не може визначити його якості – шорсткість, гладкість, м'якість, твердість тощо. Це так звані «тактильні агнозії текстури об'єкта». Існують також інші форми порушення тактильного сприйняття: неможливість називання пальців руки, а також нездатність упізнавати пальці з закритими очима – це прояви синдрому Гершмана, відомого також як «пальцева агнозія».

Верхній тім'яний синдром виникає під час ураження ділянки кори ГМ, яка примикає до тієї самої частини первинної сенсорної кори шкірно-кінестетичного аналізатора, куди проєктується інформація, що надходить від усього тіла. Водночас спостерігаються явища соматоagnoзії – порушення здатності впізнавання частин тіла, їх розміщення щодо один до одного, так зване розпадання «схеми тіла». Під час ураження правої верхньої тім'яної ділянки хворий погано орієнтується в лівій половині тіла, він ігнорує ліві кінцівки, так би мовити, «втрачає» їх. Це

явище в нейропсихологічній практиці одержало назву гемісоматоагнозії. Бувають також випадки, коли в людини виникають помилкові соматичні образи у вигляді явних відчуттів: замість своєї – «чужа» рука, «зменшення» окремих частин тіла – руки, ноги або голови, подвоєння кінцівок тощо. Ці явища називаються соматопорагнозією.

У цілому предметна тактильна агнозія (астереогноз), пальцева агнозія та соматоагнозія більш яскраво виражені під час ураження ПП мозку, водночас тактильна алексія частіше пов'язана з лівосторонньою поразкою тім'яної кори.

Порушення уваги, пам'яті й мови

У нейропсихології виділяють два типи порушень *уваги* – модально-неспецифічні та модально-специфічні.

Порушення *модально-неспецифічного типу* проявляється в тому, що людина не може зосередитися на стимулах будь-якої модальності. Вони виникають під час струсу ГМ, під час ударів у ділянку мозочка, крововиливах у нижні відділи ГМ, під час розвитку пухлинних процесів у ділянці таламуса та структур лімбічної системи, тобто внаслідок ураження неспецифічних структур серединної ділянки мозку. Виходячи з того, що названі структури мають рівневу будову, то потрібно їх розглядати за певними рівнями.

Під час уражень нижніх відділів неспецифічних структур (рівень довгастого та середнього мозку) в хворих спостерігаються такі симптоми: швидка виснаженість уваги; за начебто нормальної роботи уваги, різке звуження його обсягу; порушення концентрації уваги під час виконання будь-якого виду діяльності. Тут здебільшого страждає мимовільна увага.

Під час уражень серединного рівня – діенцефальних відділів мозку та лімбічної системи виявляються більш грубі порушення уваги. В таких людей увага вкрай нестійка, часто вони взагалі не можуть зосередитися на будь-якій діяльності.

Порушення проявляються як під час виконання рухових актів, так і під час виконання вербальних завдань.

Під час уражень медіобазальних відділів лобових і скроневих часток головного мозку, що буває досить часто, страждає насамперед довільна увага за патологічного посилення мимовільної. Хворі з такими ураженнями характеризуються вираженою «польовою поведінкою» – вони реагують на будь-який звук, вступають у розмови, що ведуть між собою інші люди, помічають все, що відбувається навколо, але ні на чому не можуть зосередитися, тому легко та швидко переключаються на нові подразники.

Порушення модально-специфічного типу проявляються лише в одній окремій сфері модальності (зоровій, слуховій, тактильній, руховій) і часто описуються як явища ігнорування тих чи інших стимулів. Проте такі порушення не можна розглядати як будь-які інтелектуальні порушення.

Порушення *пам'яті* також можуть бути модально-неспецифічними та модально-специфічними.

Модально-неспецифічні порушення пам'яті виникають під час уражень різних рівнів серединних неспецифічних структур мозку. Під час уражень рівня довгастого мозку порушення пам'яті проходять на тлі порушень свідомості та уваги, а людина не може абсолютно нічого згадати в найближчому циклі «сон-неспанья».

Під час ураження гіпофізарної ділянки – діенцефального рівня, порушується короткотривала пам'ять на поточні події за рахунок впливу інших побічних подій, які немовби стирають попередні сліди.

Під час ураження лімбічної системи виникає так званий «Корсаківський синдром», за якого практично відсутня пам'ять на поточні події. Наприклад, такі люди можуть вітатися з однією й тією самою людиною по багато разів за 1 день.

За уражень (пухлини, гематоми або крововиливи) медіальних і базальних відділів лобових ділянок мозку спостерігаються порушення короткочасної та, частково – семантичної пам'яті (пам'яті на поняття та аналогії).

Модально-специфічні порушення пам'яті – особливий тип мнестичних дефектів, які виявляються щодо якоїсь конкретної модальності – зорової, слухо-мовленнєвої, музичної, тактильної, рухової пам'яті. Ці модально-специфічні порушення спостерігаються під час уражень різних систем аналізаторів. Найчастіше вони називаються амнезіями будь-якого типу.

Особливим видом порушень пам'яті є *псевдоамнезія* – у цьому разі явні порушення пам'яті виражені слабо, і пам'ять страждає в основному як системна мнестична діяльність, а також *парамнезії*, які поділяють на конфабуляції (помилкові спогади) та кріптомнезії (спотворення пам'яті). Псевдоамнезії найчастіше з'являються після отримання масивних поразок лобових часток мозку. У таких хворих працює лише мимовільне впізнавання, грубо порушуються процеси формування планів, намірів і програм поведінки, тобто страждає структура будь-якої свідомої психічної діяльності.

Потрібно сказати, що у хворих із двостороннім ураженням лобових часток ГМ поряд із псевдоамнезією спостерігаються й інші псевдодефекти – зорова, слухова псевдогнозія тощо, які супроводжують розпад довільної пізнавальної активності та діяльності.

Мовні розлади називаються загальним терміном – афазії. *Афазії* проявляються у вигляді порушень фонематичної, морфологічної та синтаксичної структури мовлення, а також розуміння зверненої мови, під час збереження рухів мовного апарату, що забезпечує членороздільну вимову та елементарні форми слуху. До афазії зазвичай призводять пошкодження відповідних зон кори ЛП.

Серед різних форм афазій, пов'язаних із випаданням аферентних або еферентних ланок мови, виділяють сенсорну, акустико-мнестичну, оптико-мнестичну, аферентно-моторну, семантичну, моторну аферентну та динамічну афазії.

Розглянемо зміст симптомів під час афазії, пов'язаних із випаданням *аферентної* складової.

Під час ураження задньої третини скроневої звивини ЛП

(зони Верніке) настає сенсорна афазія – порушення здатності розрізняти звуковий склад слів. За повного руйнування – людина взагалі не розуміє звернену мову, а в менш важких випадках – не розуміє лише швидко або усну мову на тлі сторонніх шумів. Такі слова, як, наприклад, «кокос – голос»; «мати – дати», а також звуки «г – х» вона не в змозі розрізняти. Хворі зазвичай замінюють одні звуки іншими, це явище має назву «літеральна парафазія», або замінюють слова – «вербальна парафазія».

Під час ураження середніх відділів скроневої ділянки ЛП настає акустико-мнестична афазія, за якої людина сприймає мову правильно, але водночас не може запам'ятати навіть легкий мовний матеріал. Обсяг слухової пам'яті у неї всього 2–3 слова. Хворий постійно відчуває труднощі з пошуком і підбором потрібних слів, що призводить до «вербальної парафазії», збідненню мови, пропускам слів (в основному це іменники). Відбуваються часті прояви ремінісценції, коли почутий матеріал краще відтворюється через кілька годин або днів.

Під час ураження задніх нижніх відділів скроневої ділянки спостерігається оптико-мнестична афазія. В її основі лежить слабкість зорових уявлень та образів слів, людина не здатна правильно називати предмети і замість цього цілком правильно описує характеристики та призначення предмета. Незважаючи на те, що хворі добре орієнтуються у візуальному просторі та серед зорових об'єктів, вони не здатні зобразити те, що вони бачать, навіть найелементарніші об'єкти. Якщо під час читання такі хворі не впізнають окремі букви і навіть слова, тоді можна говорити про настання «оптичної алексії».

Під час ураження тім'яно-потиличних відділів ПП хворі ігнорують ліву сторону тексту і не помічають свого дефекту. У цьому разі говорять про наявність односторонньої «оптичної алексії».

Під час ураження нижніх відділів тім'яної ділянки ГМ проявляється аферентна моторна афазія, пов'язана з випаданням кінестетичної аферентної ланки. За таких уражень хворі, так би мовити, не відчують артикуляції власного мовного апарату.

Водночас людина зазвичай не може надути одну або обидві щоки, облизати губи, висунути язик – це явище отримало назву «оральна апраксія». Людина також не в змозі писати з закритим ротом або з притиснутим зубами язиком.

За семантичної афазії спостерігається нерозуміння або нерозрізнення граматичних конструкцій, а також просторових або «квазіпросторових» співвідношень. Хворі не розуміють деякі вислови, наприклад, вираз «коло над хрестом» у них не відрізняється від виразу «хрест над колом» або «хрест під колом». Їм складно зрозуміти порівняння, наприклад, «олівець довший за ручку», «нога довша ніж олівець», так само, як і конструкції родового відмінка, наприклад, «брат батька», «мама дівчинки». Хворі часто не розуміють конструкції, в яких використовуються часові співвідношення, наприклад, «перед сніданком ви вимили руки?» або просторові конструкції – вони не можуть відповісти на питання: «Що правильно: земля освітлюється сонцем або сонце освітлюється землею?».

Інша картина в симптоматиці афазій спостерігається під час випадіння *еферентних* ланок мови.

Під час ураження нижніх відділів кори премоторної ділянки – 44 і 45 полів (зони Брока) настає моторна афазія. За її повного руйнування людина позбавляється можливості вимовити бодай одне слово, але розуміння мови залишається абсолютно збереженим. Вона може лише вимовляти нечленороздільні звуки, а в більш легких випадках – користуватися всього 1–3 словами. Водночас – одні хворі відчувають труднощі під час перемикання з одного мовного акту на інший, у інших з'являється явище мовних персеверацій – неконтрольованого повторення одних і тих самих складів або слів, неможливість перейти від одного слова до іншого.

Поразка зон кори ГМ, прилеглих до «зони Брока», призводить до мовної динамії. Водночас людина все розуміє та навіть реагує на звернену мову мімікою, але не може висловитися. На запитання відповідає винятково односкладово, часто повторюючи слова, почуті в питанні. Ці люди не можуть написати

ніякого вигаданого сюжету або тексту, а часто не можуть і розповісти його.

Порушення емоцій, мислення та довільних рухів

У клініці локальних поразок ГМ порушення *емоцій* найчастіше пов'язані з ураженням лобових частин головного мозку, коли насамперед страждають соціальні емоції особистості. Це явище є симптомом так званого «лобового синдрому», до якого належать явища емоційної байдужості, благодущності, ейфорії або навіть емоційний параліч. Ці емоційні порушення у «лобових» хворих поєднуються з особистісними змінами у вигляді некритичності, зникнення почуття відповідальності, порушення системи відносин тощо.

В останні роки все більша увага приділяється аналізу емоційних порушень з точки зору міжпівкульової асиметрії мозку. Так з'ясовано, що емоційні порушення під час ураження правої півкулі виражені яскравіше, ніж під час ураження лівої півкулі. Під час ураження правої півкулі частіше відзначається лабільність емоційних реакцій, нездатність до емоційного контролю, спостерігаються надмірні за силою афекти, або, навпаки, різко знижується афективний тонус. За лівопівкульових ураженнях частіше виникають депресивні стани у вигляді нападів тривоги, неспокою, страху.

Атрофічні процеси, пухлини та травматичні ураження лобових часток призводять до різноманітних змін характеру та емоційного фону реагування залежно від місця ураження. Так, ураження орбітальної поверхні лобових часток ГМ супроводжується демонстративними змінами характеру. Водночас спостерігається розгальмовування примітивних потягів – харчових, статевих тощо. Під час правосторонніх уражень лобових часток ГМ спостерігається надмірна рухливість емоційних реакцій, нездатність до емоційного контролю.

Під час ураження лівої скроневої частки на тлі посилення негативних емоційних переживань, за їх неадекватності часто виникає тривожно-фобічна депресія, проявляються напади

тривоги, необґрунтованого страху, неспокою.

Під час ураження медіальних відділів скроневиx часток мозку в людини можливі прояви агресивності, негативізму.

Під час ураження гіпофізарно-гіпоталамічних відділів ГМ виникає поступове збіднення емоцій, зникнення міміки та інших виразних емоційних засобів.

Нейропсихологія *мислення* належить до досить мало вивчених та розроблених розділів нейропсихології. Під час ураження лівої скроневої ділянки на тлі сенсорної або акустико-мнестичної афазії хворі можуть правильно оперувати просторовими відносинами елементів, виконувати письмові арифметичні операції, вирішувати сюжетні завдання. Одночасно в них грубо порушені ті смислові операції, які вимагають постійного опосередкування мовою. Хворі не можуть утримувати в пам'яті словесний матеріал, і тому мають проблеми з операціями усного рахунку.

Під час ураження тім'яно-потиличних відділів мозку інтелектуальна діяльність порушується іншим чином. Хворі відчують труднощі з оперуванням наочними ознаками та їх просторовими відносинами. Вони не можуть виконати будь-які арифметичні дії внаслідок настання явища акалькулії. Порушується розуміння певних логіко-граматичних конструкцій, які відображають просторові та «квазіпросторові» відносини.

За уражень премоторних відділів ЛП ГМ страждає тимчасова організація всіх психічних процесів, зокрема – інтелектуальних. У хворих руйнується автоматизований характер інтелектуальних операцій («розумових дій»), сповільнюються процеси розуміння будь-чого, особливо логічних словесних конструкцій. Відбувається порушення внутрішнього мовлення, а також процес «згортання» мовних структур, необхідний для розуміння змісту тексту.

Під час ураження лобових префронтальних відділів мозку спостерігаються серйозні проблеми з реалізацією різних взаємозв'язаних інтелектуальних процесів. Неможливість зіставити елементи завдання супроводжується нездатністю

сформулювати гіпотезу та імпульсивним виконанням випадкових дій без звірення їх із початковими цілями. За необхідності зробити вибір із кількох, навіть двох, варіантів, зазвичай настає зрив, тому що хворі не можуть загальмовувати побічні альтернативи. Вони не розуміють тексти, що мають множинне значення, а також прямий і переносний сенс (метафори, прислів'я тощо). Під час аналізу текстів вони можуть зробити висновок, пояснити мораль розповіді, а, з іншого боку, відтворення одного тексту, якщо після нього був почутий інший, стає ускладненим унаслідок існування явища «контамінації» – змішання різних текстів.

Під час арифметичних розрахунків хворі не можуть виробити потрібну стратегію або план розв'язання задачі, а під час виконання серійних рахункових операцій або ланцюжка однорідних дій хворі зісковзують на стереотипні відповіді (в завданні на віднімання типу $100 - 7 - 7 - 7$ вони відповідають:

Отже, однією з істотних особливостей розладів мислення під час ураження лобових часток ГМ є порушення операцій із поняттями та логічними співвідношеннями, нездатність розуміння семантичних зв'язків, а також інертність і стереотипні повторення певних логічних конструкцій.

Довільні рухи та дії, як сукупність рухів, об'єднаних єдиною метою, належать до найбільш складних психічних функцій людини. Вони являють собою складну функціональну, ієрархічно організовану систему, що містить багато рівнів і підрівнів, тобто характеризується складним і багатоланковим аферентним та еферентним складом.

Порушення *рухових функцій*, що виникають під час різних локальних уражень мозку, можна поділити на елементарні, пов'язані з ураженням еферентних механізмів рухів, і більш складні, що поширюються на довільні рухи та дії. Ці порушення пов'язані в основному з ураженням аферентних механізмів рухових актів.

Елементарні рухові розлади проявляються у вигляді

парезів або паралічів певної групи м'язів рук, ніг, тулуба на стороні, протилежній тій, де є ушкодження. Ці порушення вивчає неврологія.

За значного ураження підкіркових ділянок мозку може виникнути повне випадання рухів (параліч), а також поява різних рухових розладів – динамічних, коли страждають власне рухи, та статичних, коли зникає можливість утримання пози.

До складних рухових розладів належать порушення довільних рухів і дій, які пов'язані передусім і з ураженнями кіркового рівня рухових функціональних систем.

Цей тип порушень називається *апраксії* – розлади довільних рухів і дій, які проявляються нсамперед у розладах довільних рухів, що здійснюються з предметами.

Виділяють такі форми апраксії – кінестетичну, просторову, кінетичну та регуляторну.

Кінестетична апраксія, що виникає під час ураження нижніх відділів постцентральної ділянки кори великих півкуль і в основному лівої півкулі, – це форма апраксії, за якої рухи хворих стають погано керованими, недиференційованими (типу «рука – лопата»). Такі люди не можуть показати без предмета, як відбувається та чи інша дія (дії з телефоном, наливання чаю в кухоль тощо).

Просторова апраксія (апрактоагнозія), що виникає під час ураження тім'яно-потиличних відділів кори, особливо під час ураження лівої півкулі – форма апраксії, в основі якої лежить розлад зорово-просторового синтезу та порушення просторових уявлень («вгору – вниз», «вправо – вліво»). Супроводжуються апраксією пози, труднощами виконання просторово орієнтованих рухів – хворі не можуть ні одягнутися, ні застелити ліжку, ні написати букви чи слова.

Кінетична апраксія виникає під час уражень нижніх відділів премоторної ділянки кори великих півкуль. Ця форма апраксії проявляється в порушенні послідовності та тимчасової організації рухових актів – у вигляді розпаду «кінетичних мелодій». Симптоми кінетичної апраксії входять у премоторний

синдром і супроводжуються розладами автоматизації різних психічних функцій. Для цієї форми апраксії характерні рухові персеверації – нескінченне повторення елементів, що входять до розпочатого руху.

Регуляторна апраксія – це форма апраксії, що виявляється у вигляді порушень програмування рухів, відключення свідомого контролю за їх виконанням, заміни потрібних рухів моторними шаблонами та стереотипами. Протікає на тлі збереження м'язового тону та сили. Для цієї форми апраксії характерні вже так звані системні персеверації, тобто нескінченне продовження не елементів рухової програми, а всієї програми в цілому.

ТЕМА 20. ПСИХОЛОГІЯ ХВОРОЇ ЛЮДИНИ

Психічні синдроми в клініці внутрішніх хвороб.

Психологія хворих у хірургічній практиці.

Вікові особливості та хвороба.

Психічні синдроми в клініці внутрішніх хвороб

Кожне захворювання здатне змінити психічний стан людини. Тому доречно говорити про нозогенний вплив власне хвороби на психічні функції та поведінку пацієнта, особливості реагування на захворювання, його перебіг, процес і результат лікування. Водночас особливості реагування на захворювання залежать як від параметрів конкретної хвороби, так і від індивідуально-психологічних особливостей людини.

Сутність патогенного впливу хвороби на особистість полягає в тому, що значна або тривала інтоксикація під час захворювання, порушення обмінних процесів, виснаження і загальна астенизація призводять до зміни перебігу психічних процесів, зниження активності та можливостей пацієнтів.

У клініці внутрішніх хвороб досить часто трапляються соматогенні та психогенні порушення. Соматогенно обумовлені

психічні порушення частіше виникають у тривожно-недовірливих хворих з іпохондричною фіксацією на своєму стані. Такі хворі скаржаться не лише на симптоми, що безпосередньо пов'язані з основним захворюванням, а й часто згадують про такі порушення: слабкість, млявість, швидка стомлюваність, головний біль, поганий сон, страх за свій стан, надмірна пітливість, серцебиття тощо. Такі порушення часто можна спостерігати у хворих з гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, в осіб, які страждають на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки.

Найбільш поширеними, у цьому є синдроми: вегетативних розладів (або психовегетативний), астеничний (або неврастенічний), обсесивний (синдром нав'язливості), фобічний (синдром страху), іпохондричний, депресивний.

Синдром вегетативних розладів частіше проявляється пароксизмами у вигляді нетривалих вегетативних кризів із почастищенням пульсу, розвитком болю і неприємних відчуттів у ділянці серця, головного болю, сухості в роті, підвищенням артеріального тиску, блідістю шкірних покривів, онімінням і похолоданням кінцівок, лихоманці. Також хворі можуть відчувати біль і «завмирання» в ділянці серця, відчуття «перебоїв», відчуття тиску в ділянці грудної клітини, запаморочення, відчуття страху та тривоги. Нерідко такий кризовий стан діагностується як «панічна атака».

Астеничний синдром. Клінічно проявляє себе підвищеною стомлюваністю, зниженням працездатності, погіршенням пам'яті та уваги, підвищеною збудливістю, дратівливістю, емоційною нестійкістю та лабільністю настрою. У хворих спостерігається нетерпимість і погана стерпність очікування, підвищена чутливість до сенсорних подразників. Також відбувається порушення сну: проблеми з засинанням, сон із частими пробудженнями вночі.

Обсесивний синдром. Характеризується нав'язливими станами (в інтелектуальній, емоційній і руховій (моторній) сферах) і нав'язливими думками. Можливі нав'язливі сумніви,

нав'язливий рахунок, нав'язливе відтворення в пам'яті забутих імен, прізвищ, дат. Для того щоб подолати нав'язливості, хворі починають використовувати захисні дії різноманітного характеру у вигляді так званих ритуалів. Зазначені порушення ускладнюють спілкування та соціальну адаптацію.

Фобічний синдром. Невротичні фобії являють собою нав'язливі переживання страху. Найчастіше трапляються такі страхи, як кардіофобія, агарофобія, клаустрофобія. З віком фобічний синдром може набувати ще більш розширеної симптоматики. Люди похилого віку часто бояться залишатися вдома наодинці, особливо вночі, бояться переходити вулицю. У літніх людей починає яскраво проявляється соціофобія. Вони замикаються в собі, різко звужують коло свого спілкування, нікому не довіряють.

Іпохондричний синдром. Іпохондрія – неадекватне ставлення до свого стану, яке виражається надмірним страхом за своє здоров'я, та надмірною увагою до будь-яких проблем із власним самопочуттям, тенденцією приписувати собі хвороби, яких насправді немає. Зазвичай це стійке патологічне формування, яке потребує безпосереднього спілкування та щоденної психологічної корекції.

За тяжкої декомпенсації серцевої діяльності, цирозі печінки та уремії можуть розвинути гострі психотичні стани. Психотичні стани можуть виникнути також в інших соматичних хворих на тлі високої температури, обумовленої як ускладненням хворобливого процесу, так і приєднанням інфекційного захворювання. Особливої уваги потребують психотичні стани в людей похилого віку, які страждають на гіпертонічну хворобу. На висоті підйому артеріального тиску в них можуть виникнути динамічні порушення мозкового кровообігу, предінсультний стан та інсульт. Психотичні стани, які супроводжують ці розлади, частіше розвиваються у вечірній час, в їх клінічній картині відзначається порушення орієнтування та свідомості як оглушення. Хворі не орієнтуються в просторі та ситуації, через силу або з великим затриманням відповідають на поставлені

запитання, іноді у них проявляється порушення мови та моторики (психомоторне збудження або ступор).

В останній час серед пацієнтів клінік внутрішніх хвороб збільшується кількість хворих, є хворі з функціональними соматоформними порушеннями невротичного (психогенного) характеру (більше ніж 40 %). З'явилася велика кількість різноманітних «псевдосоматичних» скарг: «груди тіснить», «коле в серце», «різко почастишало серцебиття», «серце працює з перебоями», «важкість в ділянці шлунку», «різка біль у ділянці живота», «важко дихати» тощо. Такі скарги досить швидко змінюють своє забарвлення, інтенсивність і локалізацію та мають тимчасовий характер.

Психологія хворих у хірургічній практиці

На відміну від терапевтичної патології, за якої патогенним для психічної діяльності є стан тривалого хронічного захворювання, внаслідок чого зміна системи відносин особистості відбувається поступово, в межах хірургічної патології велике значення має ситуація психологічного операційного стресу (передопераційного і постопераційного). Основними проявами операційного стресу є емоційні феномени, частіше за інших – тривога.

Необхідність проведення хірургічного оперативного втручання зазвичай застає пацієнта зненацька, на відміну від ситуації хронічної соматичної патології, до якої хворий може поступово адаптуватись. І якщо обов'язковість тих чи інших терапевтичних заходів людина може спрогнозувати, то спрогнозувати можливість та необхідність операції пацієнт здатен зі значно меншою ймовірністю. Іншими словами, для медичного персоналу і, особливо, для медичного психолога необхідно враховувати той факт, що психологічна готовність до терапевтичних і хірургічних заходів із боку хворого є принципово відмінною. У пацієнта з хронічним соматичним захворюванням адаптація відбувається, умовно кажучи, до наявного статусу, а в хірургічного – до майбутнього.

У хірургічній практиці важливим виявляється стратегія вибору пацієнтом способу лікування. Хворий, націлений на психологічну стратегію «уникнення невдач», буде ставитися до оперативного втручання як до останнього засобу зняття хворобливих проявів, тому дасть згоду на операцію лише після того, як будуть використані всі інші способи лікування. Проте його психологічною позицією часто залишається принцип – «не було б гірше». Тому він боїться втратити те, що має і згодом може жалкувати, що в свій час не прийняв рішення зробити операцію.

Пацієнт, який поділяє психологічну стратегію «прагнення до успіху», самостійно може звернутися за хірургічною допомогою та наполягати на якнайшвидшій операції. «Краще нехай буде гірше, ніж терпіти те, що є» – його психологічна позиція, яка передбачає прийняття ризику та бажання йти на операцію через принципове поліпшення власного стану здоров'я.

До проблем психологічного плану відноситься страх перед операцією. Хворий може боятися самої операції, пов'язаних із нею страждань, болю, наслідків втручання, сумніватися в її ефективності тощо. Доцільно провести бесіду з хворими, які вже перенесли операцію, про несприятливий вплив їхніх розповідей на новоприбулих хворих, які готуються до оперативного лікування. Під час підготовки до операції дуже важливо встановити гарний психологічний контакт із хворим, у ході бесіди дізнатися про характер його страхів і побоювань у зв'язку з майбутньою операцією, заспокоїти, спробувати змінити ставлення до майбутнього етапу лікування. Багато хворих бояться наркозу, побоюються «заснути навіки», втратити свідомість, видати свої секрети тощо.

Після операції також може бути ціла низка складних проблем. У деяких хірургічних хворих із післяопераційними ускладненнями можуть виникнути різні психічні розлади. Хірургічне втручання та вимушений постільний режим можуть викликати різні невротичні та неврозоподібні порушення.

Часто у хворих на другий – третій день після операції з'являється невдоволення, дратівливість. На тлі післяопераційної

астенії, особливо за наявних ускладнень, може розвинутися гострий депресивний стан. В осіб похилого віку в післяопераційному періоді можуть спостерігатися тимчасові галюцинаторні та маревні переживання. Досить часто психологічно важкі ситуації виникають під час спілкування з хворими, що перенесли операцію з приводу злоякісного новоутворення. Вони стурбовані своєю подальшою долею, потребують уваги, мають широке коло питань. Під час спілкування з ними потрібно бути дуже обережними. Необхідно пояснити хворим, що операція пройшла успішно. У подальшому вони будуть перебувати під наглядом фахівців, систематично отримувати профілактичне лікування, що дозволить уникнути рецидиву хвороби. З такими хворими необхідно проводити щоденні психотерапевтичні бесіди.

Важко реагують хворі на операції з видалення окремих органів (резекція шлунку, видалення молочної залози, ампутація кінцівок тощо). У таких хворих виникають реальні труднощі соціального та психологічного характеру. Хворі з психопатичною структурою особистості свій фізичний дефект розглядають як «крах подальшого життя», у них розвивається депресія з суїцидальними думками та тенденціями. Такі хворі повинні постійно спостерігатися медичним персоналом, отримувати кваліфіковану психологічну та психотерапевтичну допомогу.

Передопераційна тривога є типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виражається в постійному неспокої, непосидючості, неможливості зосередитися на будь-чому, порушенні сну.

Високий або надмірно низький рівень тривожності, пов'язаний із завищеними або заниженими експектаціями, сприяє формуванню дезадаптивних психічних станів. Адекватний (помірний) рівень тривожності перед операційним втручанням є прогностично більш сприятливим порівняно з низьким, а тим більше – високим рівнем передопераційної тривоги.

У хірургічній практиці нерідко трапляються досить

специфічні психопатологічні феномени. Зокрема, багатьом хірургам добре знайомий «синдром Мюнхаузена». Він проявляється постійним і непереборним бажанням людини піддаватися хірургічним операціям з приводу уявних проявів хвороби. Такі пацієнти прагнуть вдаватися до допомоги хірургів унаслідок хворобливих і різноманітних неприємних відчуттів, які найчастіше локалізуються в черевній ділянці. Крім того, з метою бути прооперованими, пацієнти ковтають дрібні предмети (гудзики, монети, шпильки тощо). До такого ж роду симуляцій бувають схильні ув'язнені з вираженими істероїдними та істеро-збудливими особистісними рисами.

Описані три варіанти синдрому Мюнхаузена:
гострий абдомінальний, що приводить до лапаротомії;
геморагічний, пов'язаний із демонстрацією кровотеч;
неврологічний, що містить демонстрацію непритомності та нападів.

Вікові особливості та хвороба

Вікові особливості людини є істотним чинником формування певного типу реагування на хворобу. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій *реєстр тяжкості захворювань* – своєрідний розподіл хвороб за соціальною, психологічною значущістю та тяжкістю. В дітей дошкільного віку власне оцінювання щодо захворювання ще не сформоване, в дітей молодшого шкільного віку воно недостатньо повне й лише в пубертатному віці наближається до оцінювання дорослих.

Порівняно з дорослими, *діти* важче переносять біль і страждання, бояться лікарняної обстановки, медичних інструментів і маніпуляцій, хірургічного втручання. Багато в чому реакція дитини на свою хворобу та її поведінка в умовах хвороби залежать від впливу оточуючих, насамперед батьків і лікарів. Необхідно враховувати, що діти мають підвищений рівень схильності до навіювання, у чому є своєрідна позитивність – вони швидше відволікаються від неприємної ситуації, швидше перемикаються на нову ситуацію. Ці особливості дитячої психіки

необхідно використовувати під час проведення лікування, а також з метою усунення наявних психічних порушень.

У *підлітковому та юнацькому віці* в переживаннях, пов'язаних із захворюванням, центральне місце займає можлива втрата зовнішньої непривабливості. Дівчата найчастіше стурбовані косметичними недоліками, особливостями фігури в цілому та проблемою зайвої ваги зокрема, а в юнаків переживання стосуються переважно статевої системи, сексуальної активності.

Тобто для підлітків та молоді найважчими в психологічному відношенні виявляються хвороби, що змінюють зовнішній вигляд людини, роблять її непривабливою. Отже, найбільш тяжкі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не мають із медичної точки зору загрози для життя. До них належать будь-які хвороби, що негативно, з точки зору підлітка, змінюють зовнішність (шкірні, алергічні хвороби), травми, опіки, а також операції.

У *молодому віці* (18–35 років) частіше трапляється переоцінювання свого здоров'я та недооцінювання хвороби, невіра в можливість мати тяжке захворювання або стати інвалідом. Перебільшення значущості хвороби буває у разі, коли чітко виражені естетичні та інтимні компоненти переживання соматичної патології.

У *зрілому віці* найбільш виражені психологічні переживання, пов'язані з хронічними, прогностично несприятливими, інвалідизувальними захворюваннями (порушення кровообігу, тяжкі інфаркти, онкологічні захворювання). Хронічна хвороба, що призводить до інвалідності, може стати причиною краху всіх життєвих планів і домагань особистості. Важкість реагування осіб зрілого віку на хронічні та інвалідизувальні захворювання пов'язане з системою цінностей і відображає спрямованість людини зрілого віку на задоволення таких соціальних потреб, як потреба в добробуті, незалежності, самостійності, досягнення яких може стати неможливим унаслідок важкого захворювання. Психологічно

важкими хворобами для зрілої людини також можуть стати венеричні та психічні захворювання. Психологічна реакція на них зумовлена побоюваннями, що наявність цих хвороб може вплинути на соціальний і професійний статус людини внаслідок того, що оточуючі, дізнавшись про ці хвороби, будуть негативно до них ставитись та уникати взаємодії. Список такого роду захворювань не вичерпується венеричними та психічними. До них можуть належати багато інших захворювань, що носять відтінок суб'єктивної непрестижності. Наприклад, для деяких людей соромно зізнатися, що у них є геморої, жінки дуже часто замовчують про переривання вагітності. Для деяких людей, насамперед тих, хто займає керівні посади) предметом переживань, пов'язаних із соціальним оцінюванням, можуть стати хвороби серця (інфаркт), тому що це може вплинути на можливість кар'єрного зростання.

У середньому віці зазвичай відходять на задній план стани, що безпосередньо супроводжують хворобу. Більшого значення набувають побоювання наслідків хвороби, які можуть стати на заваді життєвим планам.

Для людей похилого віку та старечого віку найбільш значущими є хвороби, які можуть призвести до смерті. Інфаркт, інсульт, злоякісні пухлини страшні їм не тим, що можуть вплинути на втрату працездатності, а тим, що асоціюються зі смертю. В старості в людини з'являється страх залишитися на самоті з хворобою або через хворобу, страх смерті. Люди порівнюють власні хвороби з захворюваннями родичів і знайомих. Побоювання та невпевненість можуть посилюватися поведінкою лікаря, який не виявляє достатньої уваги та розуміння щодо хворого.

У віці 75 років і старше є характерним: перебільшення тяжкості захворювання. З іншого боку, внаслідок інволюції головного мозку, зниження інтелектуальної спроможності, старечої ейфорії досить часто трапляється недооцінювання тяжкості та небезпеки хвороби.

Тема 21. ПСИХОЛОГІЯ ГОРЯ ТА СМЕРТІ

. Реакція горя.

Патологічне горе.

. Вмирання та смерть.

Правила поведінки з людиною, яка вмирає.

Реакція горя

Горе – це певний синдром із психологічною та соматичною симптоматикою. Цей синдром може виникати відразу після кризи, або бути відстроченим, може явно не проявлятися або, навпаки, виявлятися в надмірно підкресленому вигляді. Замість типового синдрому може спостерігатися незвична, не характерна для даної людини поведінка, яка насправді являє собою своєрідну форму переживання синдрому горя.

Реакції горя, скорботи та втрати можуть викликатися різноманітними причинами: 1) втрата рідної людини; 2) втрата об'єкта чи становища, що мали емоційну значущість, наприклад втрата власності, позбавлення роботи, становища в суспільстві; 3) втрата, пов'язана з хворобою. Відповідно можуть існувати різні форми горя.

Антиципаторне (упереджувальне) горе

Передбачення та передчуття втрати чи складних змін у житті здатне призвести до превентивного переживання горя. Людина повною мірою переживає втрату ще до того, як відбулась сумна подія. Цей феномен несе деструктивний елемент, тому що людина, охоплена болісними переживаннями, не звертає увагу на реальне життя. З іншого боку, цей емоційний стан надає людині відчуття контролю над ситуацією, а також є способом підготуватися до реальної втрати. Людина відчуває горе заздалегідь, щоб певною мірою полегшити відчуття після дійсної втрати.

Відстрочене горе

У разі, коли емоція горя є надважкою, і тому людині складно її пережити у ситуації власної втрати, сплески горя можуть відкладатися на довгий час, а переживатись у моменти переломних подій – весілля, закінчення університету, народження дитини тощо.

Горе без горя (відсутність горя)

За цього типу переживань у ситуації втрати не лише оточуючим, а й самій людині може здаватися, що ніякого горя вона не відчуває, або ж вона переживає якимось не так, як інші люди. Проте існує безліч причин для такого атипового емоційного відгуку. Шокованість, почуття полегшення через те, що близька людина вже не відчуває болю чи страждань, або просто нерозуміння того, як, власне, потрібно виявляти свої переживання у цій ситуації, – все це може призвести до зовнішньої відсутності горя. Іноді це може бути пов'язано з тим, що майбутня та неминуча втрата вже пережита психікою заздалегідь, наприклад, під час важкого алкоголізму одного з батьків або тривалої незворотної хвороби близької людини. Людина може навіть не усвідомлювати повною мірою, наскільки глибоким є її горе. Багато людей вважають, що горе – це неконтрольовані сльози, одяг, що розривається на грудях, нездатність встати з ліжка тощо. Проте горе може маніфестувати гнівом, труднощами концентрації уваги, інтенсивною тривоною.

Придушене горе

Іноді людина свідомо намагається приглушити горе, на жаль, насправді з горем так не впоратися, воно лише перетворюється на іншу форму, наприклад, може трансформуватись у психосоматичне захворювання.

Неправомірне горе

Це варіант переживання горя, яке не визнається горем у певній соціальній групі або з боку соціокультурних норм. Інші люди не вважають подію, що трапилася, гідною причиною

скорботи. Також сюди належать ситуації, коли за деяких обставин людина не може відкрито й повно висловлювати горе.

Тривалість реакції горя, визначається тим, наскільки успішно індивід здійснює роботу горя, а саме – виходить зі станів крайньої залежності від втраченого, знову пристосовується до навколишнього і формує нові відносини.

Стадії горя під час втрати близької людини:

заціпеніння чи протест. Характеризується шоком, страхом і гнівом. Психологічний шок може тривати недовгий період, а може розтягнутись на дні або місяці;

туга та бажання повернути втрачену людину. Світ відчувається спорожнілим і таким, що не має сенсу. Пацієнт поглинений думками про втрачену людину; періодично виникає фізичне занепокоєння, плач і гнів. Такий стан триває кілька місяців або навіть років;

дезорганізація та розпач. Невгамовність і виконання безцільних дій. Посилення занепокоєння, намагання відгородитися від дійсності, інтровертованість, невдоволення життям. Постійні спогади про людину, якої вже немає;

реорганізація. Поява нових вражень, об'єктів і цілей. Горе слабшає та змінюється дорогими серцю спогадами.

Тактика поведінки з людиною, яка переживає горе:

необхідно спонукати клієнта до обговорення його переживань, дозволяти йому просто говорити про втрачений об'єкт, згадувати позитивні емоційні епізоди та події минулого;

не потрібно зупиняти клієнта, коли він починає плакати;

якщо клієнт нещодавно втратив когось із близьких, необхідно постаратися забезпечити присутність невеликої групи людей, які знали покійного (у), і попросити їх поговорити про нього (про неї) в присутності клієнта;

краще часті та короткі зустрічі з клієнтом, ніж тривалі зустрічі, які відбуваються нечасто;

потрібно врахувати можливість наявності в пацієнта уповільненої реакції горя, яка проявляється через деякий час після смерті коханої людини та характеризується змінами в поведінці,

тривогою, лабільністю настрою та зловживанням психоактивними речовинами. Ці реакції можуть посилюватись у річницю смерті (так звана реакція річниці); реакція на очікуване горе проявляється до втрати та може знизити гостроту переживань; клієнт, близький родич якого наклав на себе руки, може відмовитися говорити про свої почуття, побоюючись, що цей факт якимось чином його скомпрометує.

Патологічне горе

Патологічні реакції горя є спотворенням процесу «нормального» горювання. Для того щоб переживання горя пішло за болісним, а не за здоровим сценарієм, зазвичай є певні підстави або причини. Такими можуть бути:

конфлікти або сварки з близькою людиною перед її смертю;
невиконані щодо померлої людини обіцянки;
певні обставини смерті близького (його несподівана, насильницька смерть тощо);
«непоховані мерці» – люди, які зникли безвісти, ті, чий тіла не були знайдені, ті, про смерть яких не повідомили близьким. Болючі реакції горя є спотвореннями процесу «нормального» горювання.

Форми поведінкових реакцій, що свідчать про патологічне переживання горя:

- підвищена активність експансивного та авантюрного характеру без відчуття втрати;
- поява симптомів останнього захворювання померлого внаслідок ідентифікації з ним;
- психосоматичні захворювання (насамперед виразкові коліти, ревматичні артрити та астма);
- зміни у відносинах із людьми (дратівливість, небажання спілкуватися), що призводять до соціальної ізоляції;
- агресія та ворожість проти певних осіб, наприклад, лікаря;
- шизоїдність, що виявляється у формальній поведінці, «застиганням» почуттів на ґрунті прихованої ворожості;

- втрата соціальної активності, нездатність зважитися на якусь діяльність;
- необдумані дії, що завдають шкоди власному економічному та соціальному становищу;
- ажитована депресія: напруга, збудження, жорсткі самозвинувачення та потреба в покаранні.

Важливий феномен, пов'язаний із патологічним горем – це синдром заміщення дитини, що проявляється у такому вчинкові як народження дитини «замість» померлої дитини, смерть якої ще не до кінця оплакана та пережита. Психологи та педіатри попереджають батьків про небезпеку такої ситуації, тому що батьки можуть пережити глибоке розчарування, що інша дитина не така, як та, яка померла, не схожа на неї і, отже, не може її замінити. Неадекватні батьківські очікування є дуже згубними для дитини, яку народили для «зміщення» померлої, тому що заганяють її у невідповідні межі. Власна особистість дитини не має можливостей для вільного розвитку, вона змушена принести в жертву свою індивідуальність для того, щоб потішити батьків, які зазвичай не усвідомлюють, що вони «ламають» свою дитину. В основному діти, поставлені в такі умови, дуже страждають від батьківського тиску та іноді вступають у відчайдушну боротьбу за право жити своїм власним життям.

Перебіг процесу переживання втрати, інтенсивність і тривалість горювання залежить від багатьох чинників. Чим більше несприятливих чинників відбувається в кожному такому випадку втрати, чим сильніше вони виражені, тим вища ймовірність виникнення патологічних реакцій горя.

Чинники, що впливають на переживання горя

Значущість померлого та особливості взаємовідносин із ним. Це один із найістотніших моментів, що визначає характер горя. Чим більш близькими були стосунки з людиною, яка пішла з життя, а також – чим складнішими та конфліктнішими були ці відносини, тим важче переживається втрата.

Обставини смерті. Більш сильний удар завдає зазвичай несподівана, важка (тяжка, тривала) та/або насильницька смерть

людини. Якщо людина, яка переживає втрату, була свідком передсмертних мук, нещасного випадку, вбивства чи самогубства близької людини, її переживання стають гострішими.

Вік померлого. Смерть старої людини зазвичай сприймається як більш-менш природна, закономірна подія. І навпаки, буває складніше змиритися з втратою молодої людини чи дитини.

Досвід втрат. Досвід успішного переживання втрат допомагає легше пережити горе та швидше прийняти втрату, тоді як вантаж непережитих, неприйнятих втрат значно обтяжує нове горе.

Індивідуально-психологічні риси. Кожна людина неповторна як особистість, тому її індивідуальність безумовно проявляється в горі. З безлічі психологічних якостей, що накладають певний відбиток на процес горювання, особливо важливим є відношення до смерті. Від того, як людина відноситься до закінчення земного буття, залежить її реакція на смерть близьких. Простіше переживають горе люди, які приймають смерть як важливий елемент людського існування.

Соціальні зв'язки. Присутність поруч людей, здатних підтримати людину, яка переживає горе, значно полегшує переживання втрати. Якщо людина, яка втратила свого близького, має підтримку з боку інших людей або виконує певні соціальні обов'язки, їй буває простіше оговтатися від втрати. З іншого боку, необхідність виконувати повсякденні соціальні ролі позбавляє можливості пережити втрату, що погіршує стан людини, яка переживає горе.

Вмирання та смерть

Танатологія – галузь науки, що займається всім комплексом проблем, пов'язаних зі смертю.

У минулому людина з дитинства безпосередньо стикалася зі смертю родичів і близьких, проте в теперішній час це

відбувається рідше. У зв'язку з більш частим умиранням у лікарнях смерть стала інституціоналізованою, відірвалася від повсякденного життя окремої людини.

Сучасна людина відкидає думки про смерть, використовуючи механізми психологічного захисту. З проблемою вмирання та смерті психолог або медичний працівник може зіштовхнутися під час контакту з невиліковно хворими і тому дуже важливо мати уявлення про переживання, з якими стикаються такі люди.

Психічний стан людини, яка має смертельну недугу, містить певні стадії переживання усвідомлення змін, що трапляються в її житті.

Перша стадія – *стадія заперечення* та неприйняття трагічного факту. Проявляється в невірі в реальну небезпеку, переконаністю, що сталася помилка, людина активно шукає докази того, що існує вихід із важкої ситуації, відчуває розгубленість, ступор, оглушення («Тільки не я», «Такого зі мною не може статися»).

Друга стадія – *стадія протесту*. Коли перше потрясіння минає, багаторазові лабораторні дослідження та зустрічі з лікарями підтверджують наявність фатального захворювання, виникає почуття протесту та обурення. «Чому саме я?», «Чому інші житимуть, а я маю померти?». Ця стадія дуже важко переживається як самим хворим, так і його рідними. У цей період хворий часто звертається до лікаря з питанням про час, який залишилося прожити. Зазвичай у хворого розвиваються симптоми реактивної депресії, можливі суїцидальні думки та дії. На цьому етапі пацієнту необхідна допомога кваліфікованого психолога, який володіє логотерапією, дуже важлива допомога членів сім'ї. Може виникнути озлоблення з пошуком винних, роздратуванням, прагненням покарати всіх навколо. Деякі хворі намагаються нанести шкоду іншим (наприклад, спроби заразити будь-кого з оточуючих, якщо людина має відповідне контагіозне захворювання).

Третя стадія – *прохання про відстрочку (угода)*. У цей

період відбувається прийняття істини та ситуації в цілому, хворі починають погоджуватися з близькою смертю, але за умови, що вона настане трохи пізніше. Вчорашні атеїсти звертаються з думками та проханнями до Бога. Спроба домовитися зі смертю виявляється в пошуку шляхів відтягування кінця, активному лікуванні. Хворі можуть намагатися домовитися з лікарями, друзями або з Богом щодо «відстрочення» смерті, в обмін на одужання обіцяють виконувати щось, наприклад, давати милостиню, регулярно ходити до церкви.

Перші три стадії становлять період кризи.

Четверта стадія – *реактивна депресія*, вона зазвичай поєднується з почуттям провини та образи, жалості та горя. Хворий розуміє, що він помирає. В цей період він жалкує, що робив погані вчинки, пригадує заподіяне іншим зло. Але він уже готовий прийняти смерть, він спокійний, тому що закінчив із земними турботами та заглибився в себе.

П'ята стадія – *прийняття власної смерті (примирення)*. Людина знаходить мир і спокій. Із прийняттям думки про близьку смерть хворий втрачає інтерес до оточуючого, він внутрішньо зосереджений і поглинений у свої думки, готуючись до неминучого. Ця стадія свідчить, що здійснилася перебудова свідомості, відбулося переоцінювання фізичних і матеріальних цінностей на користь духовних потреб. Приходить усвідомлення, що смерть неминуча та невідворотна для всіх.

Способи психокорекції залежать від фази переживань і особливостей особистості пацієнта, але вони спрямовані на більш швидке та безболісне досягнення етапу примирення.

Правила поведінки з людиною, яка вмирає

Хворі з невиліковними захворюваннями, які стоять на межі закінчення життєвого шляху, потребують від лікаря та психолога особливого підходу, що вимагає вирішення непростих психологічних завдань.

Психолог (лікар), навіть знаючи, що перспективи у хворого дуже

сумні, повинен вселити йому надію на одужання або хоча б на часткове поліпшення стану. Не потрібно займати жорстку позицію, наприклад: «завжди давати пацієнту лише правдиву інформацію». У цій ситуації необхідно враховувати індивідуально-психологічні особливості хворого, а також те, що саме пацієнту вже відомо про прогноз його захворювання. Не потрібно позбавляти хворого надії, не потрібно його переконувати, якщо в нього основним механізмом захисту є заперечення. Якщо пацієнт відмовляється від лікування внаслідок заперечення наявності хвороби, поступово, в м'якій формі необхідно дати йому зрозуміти, що допомога важлива та буде йому надана. Переконайте хворого, що він завжди отримає турботу незалежно від його поведінки.

2. Необхідно деякий час побути з пацієнтом після повідомлення йому інформації про стан його здоров'я або діагноз, тому що людина може зазнати сильний психологічний шок. Важливо розмовляти з пацієнтом, спонукати його ставити запитання та надавати на них правдиві відповіді.

3. Бажано за можливості повернутися до пацієнта через кілька годин після одержання ним інформації про свою хворобу, щоб перевірити його стан. Якщо в пацієнта виникає сильна тривога, йому необхідно одержати адекватну психологічну та психофармакологічну підтримку, консультацію спеціаліста. Надалі спілкування з вмираючим хворим не повинно перериватися, тому що воно має функцію психологічної підтримки хворого. Іноді медичні працівники, знаючи, що пацієнт приречений, починають уникати його, перестають розпитувати про його стан, стежити, щоб він приймав ліки, виконував гігієнічні процедури. Людина, яка вмирає, опиняється на самоті. Спілкуючись із вмираючим хворим, важливо, не порушуючи звичного ритуалу, продовжувати виконання призначень, питати хворого про самопочуття, відзначаючи кожні, нехай найнезначніші, ознаки поліпшення стану, вислуховувати скарги пацієнта, намагатися полегшити його догляд, не залишаючи один на один із думками про смерть. Важливо запобігати виникнення

в хворого страху самотності: пацієнта не можна надовго залишати одного, потрібно уважно виконувати навіть найменше його прохання, висловлювати співчуття та переконувати його, що своїх страхів не потрібно соромитись; «заганяти їх усередину», краще вивговоритися.

4. Необхідно проінформувати членів сім'ї пацієнта щодо його психологічного стану. Порекомендуйте їм частіше спілкуватися з хворим і дозволяти йому розповідати про свої страхи та переживання. Потрібно мати на увазі, що членам сім'ї не лише доведеться пережити втрату близької людини, а й зіткнутися з усвідомленням власної смерті, що може спричинити тривогу. Також родичів та інших близьких хворого необхідно переконувати залишити почуття провини (якщо воно неадекватне), дати відчутти пацієнтові його цінність для сім'ї та друзів, співпереживати йому, прийняти його прощення, забезпечити виконання останніх бажань, прийняти «останнє вибачення».

5. Необхідно полегшити біль і страждання пацієнта. Психотерапевтичні запевнення щодо необхідності терпіти та бути стійким повинні мати межу, допустимого використання хворим лікарських препаратів, що можуть зменшити больові відчуття.

6. Під час вмирання хворого необхідно створити умови, що враховують інтереси оточуючих пацієнтів, які дуже чутливі до проявів професійної деформації з боку персоналу.

ТЕМА 22. ПСИХОЛОГІЯ СПІЛКУВАННЯ З ХВОРИМИ

Метод клінічної бесіди.

Клінічне інтерв'ю.

22.3. Технологія проведення бесіди (інтерв'ю).

Метод клінічної бесіди

Виділяють такі види спілкування: клінічну бесіду та інтерв'ю. *Метод клінічної бесіди* переслідує головну мету: відтворити картину страждання або хвороби, про яку необхідно одержати достовірну та точну інформацію. Тим часом переживання пацієнта, його суб'єктивний внутрішній світ часто залишаються за межами інтересів людини, що проводить клінічну бесіду. Акцент на тому чи іншому елементі бесіди може бути різним залежно від характеру захворювання, особистості пацієнта, методів та етапу терапії. Форми контакту можуть бути різні, але весь їх діапазон тягнє до двох полюсів: домінування з боку психолога (лікаря) або співробітництво (партнерство).

Підчас стилю психотерапевтичного *керівництва* психолог (лікар) займає провідну, активну позицію, а хворий залишається порівняно малоактивним. Такий фахівець може навіть наділяється «магічними» якостями, хворі стають дуже сприйнятливими до його сугестивних впливів. Особливо це відноситься до соціально незрілих пацієнтів, які потребують керівництва, авторитетних порад, водночас мають слабку мотивацію до лікування. Такий тип контакту найбільш ефективний на перших етапах лікування. Психолог (лікар) водночас застосовує форми психотерапевтичного впливу, що містять заспокоєння, роз'яснення, поради, рекомендації, переконання та навіювання. Психотерапевтичне керівництво в поєднанні з емпатичним підходом допомагає хворим краще засвоювати певну інформацію з боку психолога (лікаря) і тим самим виробляти адекватні установки та форми поведінки. Недоліком цього типу взаємин є низька активність хворого, а також формування психологічної залежності від психолога (лікаря) по завершенні лікування.

Для іншого типу взаємовідносин психолога (лікаря) та пацієнта – психотерапевтичної *співпраці* (партнерства), характерним є прагнення психолога (лікаря) з перших же зустрічей із клієнтом домогтися максимально можливої його активності в процесі лікування та питаннях, пов'язаних із

актуальною життєвою ситуацією. Психолог (лікар) обговорює з клієнтом усі необхідні в лікувальному процесі дії, залишаючи право прийняття рішення за пацієнтом.

Якщо на першому етапі лікування лікар (психолог) обирає стиль керівництва, то в подальшому, з урахуванням розвитку взаємин, він може перейти на більш продуктивний стиль співробітництва, що дозволяє хворому самостійно вирішувати питання реального життя після завершення лікування.

Клінічне інтерв'ю

Клінічне інтерв'ю – це не лише виявлення ознак хвороби, але насамперед метод психотерапевтичного впливу. Основний результат інтерв'ю полягає в його терапевтичному ефекті, у вирішенні проблем і поліпшенні стану пацієнта. В клінічному інтерв'ю розрізняють пізнавальний та емоційний аспекти. Пізнавальний аспект інтерв'ю полягає в обміні інформацією між пацієнтом і фахівцем. Лікар, психолог є для хворого джерелом професійних знань, і пацієнт хоче з'ясувати, що з ним трапилося, наскільки серйозна хвороба, які методи терапії та перспективи одужання. Лікар (психолог) також прагне з'ясувати всі деталі уявлення хворого про хворобу, її причини, ступінь заклопотаності пацієнта проявами захворювання, його погляди про вплив хвороби на життєву ситуацію та очікування від лікування. Лікаря (психолога) необхідно оцінити рівень розуміння пацієнтом власних проблем. Цей рівень може бути повним, неповним або розуміння взагалі бути відсутнім. Лікар (психолог) тактовно допомагає хворому сформулювати його проблему, дає йому зрозуміти витoki психологічного дискомфорту, тобто кристалізує проблему. Пацієнту важливо знати, що думає лікар (психолог) про його переживання. Тому необхідно продемонструвати йому своє знання даних симптомів, підкреслити унікальність або звичайність переживань хворого, а також можливості управління цими переживаннями. На всі питання хворих необхідно надавати кваліфіковані та зрозумілі відповіді. Зазвичай пацієнтам важливо знати, що в лікаря (психолога) є досвід роботи з аналогічним

захворюваннями. Потрібно назвати перспективи розвитку хвороби та надати пацієнту та його родичам надію на одужання. Знання хворими та його родичами проявів хвороби допомагають послабити властиву невизначену тривогу.

Не менш важливим є емоційний аспект інтерв'ю. Поряд із потребою в роз'ясненнях, хворий під час першої зустрічі з лікарем (психологом) відчуває потребу в певному характері емоційного спілкування. Хворому важливо зустріти не лише фахівця, а й людину, яка зрозуміє його, якій можна розповісти не лише про хвороби, а й про переживання, пов'язані з життєвою ситуацією, викликаною хворобою.

Загальна структура інтерв'ю має свої послідовні елементи.

Першим її елементом є встановлення психологічної атмосфери довіри та відвертості в спілкуванні терапевта з пацієнтом. Психолог (лікар) уважно, не перебиваючи, вислуховує хворого, спостерігаючи за невербальними реакціями пацієнта, фіксуючи для себе типові для нього слова та звороти. Це допоможе визначити ключові для хворого проблеми. Вислуховування насамперед означає зворотний зв'язок із думками та почуттями клієнта та спонукає пацієнта бути відвертим.

Другим елементом інтерв'ю є надання необхідної, зрозумілої для хворого, інформації, що роз'яснює наявні в нього питання та сумніви щодо хвороби та лікування. Просвітництво сприяє посиленню віри хворого в лікаря (психолога) як освіченого фахівця.

Третім елементом є обговорення з пацієнтом динаміки проявів хвороби та процесу лікування.

Четвертим елементом може бути обговорення актуальної на цей момент проблеми хворого, пов'язаної з життєвою ситуацією, міжособистісним або внутрішньо-особистісним конфліктом.

П'ятою, завершальною стадією інтерв'ю, є підведення підсумків. З'ясовується, що саме засвоїв хворий, що було досягнуто з точки зору психолога (лікаря), намічаються подальші

завдання лікування та реабілітації, підкреслюється активна участь у ньому самого пацієнта.

У кінці інтерв'ю лікар (психолог) підсумовує одержану інформацію, дає хворому ясне та зрозуміле роз'яснення щодо подальших дій (наприклад, місце й час наступної зустрічі, її мета тощо). Для посилення засвоєння інформації бажано використання повторів (різними словами) і категоризації (по-перше ..., по-друге ..., і так далі). Корисно пам'ятати, що найбільш важливі відомості надаються першими. Можлива перевірка на увагу – попросити повторити інструкції психолога (лікаря). Краще, якщо інформація передається не лише словесно, а й у візуальній формі. Це істотно підвищує залученість пацієнта в процес терапії та його готовність слідувати наміченим цілям.

Завершення інтерв'ю (резюмування) – важливий завершальний штрих бесіди. Доцільно коротко узагальнити результати, яких вдалося досягти за час роботи, і, найголовніше, підказати клієнтові, як використати ці результати в повсякденному житті.

На тип контакту впливає і характер захворювання. За важких захворювань, що порушують свідомість, позиція лікаря (психолога) абсолютно директивна. Під час гострих захворювань, без порушення свідомості вже можна говорити про психотерапевтичний вплив (роз'яснення, переконання, емоційна підтримка, гіпноз, аутогенне тренування, поведінковий тренінг). За хронічного перебігу хвороби та на етапі реабілітації переважає така форма взаємодії терапевта та хворого як співпраця (партнерство). Для цього необхідне вироблення в пацієнта адекватної концепції власного захворювання та розуміння суті лікувальної програми. Психолог (лікар) у цьому разі є фахівцем – помічником, який сприяє розвитку в хворого активності, самостійності та відповідальності, формування домінуючої мотивації до одужання або активної позиції за наявності наслідків захворювання.

Необхідно пам'ятати, що хвора людина існує в мікросоціальному оточенні. Її хвороба впливає на відносини з

близькими. Поведінка родичів хворого може як сприяти одужанню, так і заважати йому. Насамперед важливо з'ясувати, як сім'я ставиться до пацієнта, як справляється з конкретною стресовою ситуацією, викликаною його хворобою, як сім'я та сам пацієнт підтримують один одного в цій ситуації. Сім'я хворого чекає від лікаря (психолога) роз'яснень щодо захворювання, можливостей лікування, прогнозу захворювання та варіантів пристосування до нової ситуації. Необхідно обов'язково заспокоїти його членів, дати відповідні роз'яснення, щоб родина не була мимовільним джерелом тривоги для хворого. Особливо це стосується важких і хронічних захворювань.

У гострому періоді захворювання здебільшого члени сім'ї відчують потребу в наданні допомоги та догляду за хворим. Корисно в психологічних цілях хоча б частково задовольнити ці потреби та в подальшому залучити родичів до активної участі в заходах щодо здоров'я пацієнта. Обов'язково необхідно проводити психологічну корекцію відносин між пацієнтом і членами сім'ї, що змінилися в зв'язку з неможливістю хворого жити повноцінним сімейним життям. Родичі можуть виявити тенденцію до надмірної опіки над пацієнтом, що є небажаним, тому що це знижує його самооцінку та віру в свої сили. Хворий повинен відчувати себе повноцінним членом сім'ї.

22.3. Технологія проведення бесіди (інтерв'ю)

Перш ніж розпочати бесіду (інтерв'ю), необхідно створити психотерапевтичну обстановку в кабінеті, де відбуватиметься зустріч із пацієнтом. Приміщення повинно бути окремим, затишним і звуконепроникним. Світло не повинно падати на клієнта. Небажана присутність на видних місцях речей (сімейні фотографії, спортінвентар, предмети культу тощо), які відображають особисті уподобання психолога (лікаря) і можуть не збігатися з уподобаннями та переконаннями клієнта. Клієнту необхідно дати орієнтири: скільки часу займе зустріч (зазвичай 50 хвилин), кількість зустрічей, їх періодичність (зазвичай один раз на тиждень), які цілі, завдання, зміст і можливі результати

спільної з пацієнтом роботи. Це називається технологією структурування.

Зустріч починається зі знайомства. Зустрічаючи клієнта, необхідно дотримуватися певних правил: встати та зустріти клієнта на півдорозі, представитися самому, а також попросити відвідувача назвати себе; важливо з'ясувати, якій формі звернення клієнт віддає перевагу.

Важливе значення для створення обстановки співпраці має позиція співрозмовників та відстань між ними під час інтерв'ю. Для усунення бар'єру спілкування психолог (лікар) і пацієнт повинні сидіти на одній стороні столу, поряд, під кутом 45 градусів один до одного, на відстані 100–120 см, яка може змінюватися залежно від відносин учасників бесіди, теми обговорення, культурних відмінностей. Таке розташування учасників інтерв'ю дозволяє стежити за невербальними знаками пацієнта.

Досягнення відвертості та розкриття можливо лише за умови, що клієнт буде впевнений у її конфіденційності. Також важливо використовувати техніки продуктивного контакту. Це досягається підстроюванням до пози, рухів, дихання, мови клієнта. Також потрібно використовувати технологію персоналізації. Сутність її полягає в тому, що ми звертаємося до співрозмовника по імені, яке він назвав під час знайомства. Крім того, важливо використовувати той займенник, який зазначив співрозмовник, або використовувати займенники «Ви» («Ваше», «Вами» тощо), стимулюючи його розкривати власну позицію, особистий досвід, проблеми та переживання.

Технологія слухання – одне з найважливіших психотерапевтичних процедур, особливо на початку інтерв'ю. Психологу (лікаря) необхідно привчати себе активно слухати пацієнта, словами та діями підтримувати свою зацікавленість, водночас спостерігаючи за мовою, мімікою співрозмовника, іншими невербальними реакціями, а також вегетативними проявами. Невербальні сигнали важко піддаються вольовому контролю, тому дисонанс між вербальним і невербальним

повідомленням може свідчити про нещирість співрозмовника. З іншого боку психолог (лікар) повинен навчитися контролювати свої невербальні та вербальні реакції, щоб не зруйнувати терапевтичний союз із клієнтом.

Наведемо найбільш загальні рекомендації щодо проведення інтерв'ю, (бесіди):

1) необхідно дотримуватись особистої дистанції (близько 1 м), якщо під час спроби інтерв'юера скоротити дистанцію пацієнт відсувається, то не потрібно намагатися до нього наблизитися;

2) потрібно досить часто дивитися в очі пацієнту (якщо це не створює йому дискомфорт) та давати можливість дивитись в очі інтерв'юера, коли ваш клієнт відчуває таку потребу;

3) важливо помітити в поведінці пацієнта жести, що свідчать про переживання стану тривоги – сидіння на краєчку стільця, закрита поза, неспокійні рухи, а також жести, що свідчать про те, що пацієнт говорить неправду – захист рота рукою, дотик до носа, потирання повік, відведення під час розмови погляду вбік тощо;

4) необхідно якнайчастіше використовувати відкриті пози, застосовувати жести, що говорять про зацікавленість у співрозмовнику (наприклад, легкий нахил тіла в його бік, фіксацію погляду тощо);

5) необхідно уникати захисних жестів, наприклад, не схрещувати руки на грудях, не тримати в руках якісь предмети у вигляді бар'єру, не використовувати агресивні жести або жести домінування (стиснення пальців у кулак, відставлений великий або вказівний палець, шпилеподібне положення долонь або погляд спідлоба), а також не демонструвати нудьгу та незацікавленість (наприклад, коли долоня підпирає голову або коли інтерв'юер повернутий боком до пацієнта);

6) потрібно уникати довгих речень, слів-паразитів, канцеляризмів, багатослівності, психологічного або медичного жаргону, непотрібних повторів, залякування, а також менторського тону;

7) доцільно використовувати в своїй розмові слова та фрази клієнта. Слова та звороти, які він використовує, часто повідомляють більше, ніж людина сама про себе розкаже. Вибір слів свідчить про настрої, освіту, походження, культурний рівень та багато іншого;

8) важливим є пошук ключових слів, тверджень і пояснень. Так, клієнт може повторювати: «повинен», «зобов'язаний», «необхідно». Це може описувати його деякі характерологічні особливості, наявну життєву ситуацію тощо. Потрібно пам'ятати також, що розуміння одних і тих самих слів і словосполучень у клієнта та психолога (лікаря) може істотно відрізнятись;

9) важливою комунікативною навичкою є здатність висловити емпатію. Способами демонстрації емпатії можуть бути: відкрита поза, погляд в очі, повторення пози пацієнта, слова схвалення та підтримки, мовчання тощо.

Психологу (лікарю) необхідно мати навички збирання інформації. Для цього потрібно вміти правильно ставити запитання та уважно слухати відповіді. На початку розмови краще використовувати відкриті запитання, які дають змогу співрозмовнику відразу розказати про себе, керуючись лише своїми почуттями. Приклад такого запитання: «Я Вас уважно слухаю». Використання відкритих запитань покращує та поглиблює контакт із клієнтом, дозволяє зрозуміти його почуття та погляди на те, що відбувається з ним. Пом'якшити запитання та зробити розмову довірливішою можна, використовуючи такий та аналогічні варіанти: «Не могли б Ви...?».

Питання, що починаються зі слова «як», орієнтовані на особистість співрозмовника: «Як Ви почуваетесь?». Питання, що починаються зі слова «що», здебільшого спрямовані на факти. Наприклад: «Що з Вами трапилося?» Не рекомендується починати питання зі слова «чому» – воно часто викликає протест у співрозмовника.

Закриті питання задають зазвичай наприкінці зустрічі. Необхідно уникати використання навідних питань, а також

питань, які передбачають множинну відповідь, або коли пацієнту в одній фразі пропонують відповісти на кілька різних питань, відповіді на які можуть не збігатися, або питань двозначних, неточних.

Добре спрацьовують питання-фільтри, які мають на меті прозондувати значення для пацієнта тієї чи іншої ситуації. Якщо клієнт після Вашого питання відходить від теми бесіди, починає розмовляти на зовсім сторонні теми, існує висока ймовірність того, що Ви задали питання-фільтр. Піднята Вами тема для нього важлива і, водночас, є небажаною для обговорення. Надалі, під час установлення довірливого контакту, можна повернутися до цієї теми.

Якість інтерв'ю підвищується, якщо психолог (лікар) намагається уточнювати та прояснювати висловлювання та переживання пацієнта, які здаються неясними, недостатньо визначеними, на кшталт: «Мені погано», «У мене в житті стався стрес» тощо. Водночас потрібно попросити пацієнта навести пояснення, приклади, порівняння, які дозволять прояснити його висловлювання (наприклад: «Що Ви називаєте стресом?»).

Управління бесідою полягає в здатності інтерв'юера постійно тримати розмову під контролем і спрямовувати її в потрібному для себе напрямку, не виглядаючи при цьому авторитарним. Методом, за допомогою якого цього можна досягти, може бути похвала, інші форми позитивного підкріплення (усмішка) клієнта. У разі, коли пацієнт явно відхиляється від теми бесіди, стає багатослівним, або фамільярним, необхідно відразу ж припинити активне слухання, збільшити дистанцію, нагадати йому про мету зустрічі та відведений на неї час, не збиваючись при цьому на командний тон, наприклад, такими словами: «Те, про що Ви зараз розповідаєте, є дуже цікавим, проте наша головна мета – обговорити...» або «У нас залишилося лише... хвилин, і якщо ми відхилятимемося, то не встигнемо зробити головного, тому давайте повернемося до...».

Збирання інформації має завершитися підсумовуванням, в

якому інтерв'юєру потрібно вголос коротко узагальнити основні результати розмови, крім того, клієнт отримує лаконічну та зрозумілу інформацію щодо подальших дій (наприклад, місце та час наступної зустрічі, її мета тощо). Доцільно коротко узагальнити результати, які вдалося досягти за час роботи, і, найголовніше, підказати клієнту, як перенести ці результати на поведінку в реальному житті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

Медична психологія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів : в 2 т. Т. 1: Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна та ін. ; ред. Г. Я. Пилягіна. Вінниця : ПП «Нова книга», 2020. 288 с.

Медична психологія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів : в 2 т. Т. 2: Спеціальна психологія / Г. Я. Пилягіна та ін. ; ред. Г. Я. Пилягіна. Вінниця : ПП «Нова книга»,

Никоненко Ю. П. Клінічна психологія. Навчальний посібник.

Київ : КНТ, 2016. 369 с.

Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування : підручник. 2-ге вид., переробл. і допов. / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко. Київ, Медицина, 2018. 312 с.

Основи загальної та медичної психології у вищій школі : навч. посіб. / за ред. Р. І. Білобровки. 2018. 286 с.

Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 208 с.

Савенкова І. І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 158 с.

Додаткова

Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб. Методичні рекомендації / О. В. Галацан та ін. Харків : Принт Квік, 2016. 27 с.

Основи психодіагностики в соціальній сфері та клінічній практиці : навчальний посібник / О. Любчук, Ю. Горбанюк, В. Луньов, Т. Мельничук, Ю. Удовенко / за заг. ред. О. Любчук. 2017. 286 с.

Савчин М. В. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри : монографія. Дрогобич : ПП «Посвіт», 2019. 232 с.

Сиделковский А. Л. Врачебные ошибки и врачебные девиации. Киев : Пабліш Про, 2018. 176 с.

Федосова Л. О. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Штифурак В. С., Шпортун О. М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості : монографія. Вінниця. 2019. 331с.

Електронне навчальне видання

Іванова Тетяна Володимирівна

ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Конспект лекцій
для студентів спеціальності
053 «Психологія»
усіх форми навчання

Відповідальна за випуск Н. Д. Світайло
Редактор Н. М. Мажуга
Комп'ютерне верстання Т. В. Іванової

Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 16,28. Обл.-вид. арк. 15,47.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.