

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

І. А. Мартинюк

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

*Рекомендовано
Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів
вищих навчальних закладів*

Київ
«Центр учбової літератури»
2008

ББК 65.14я73
М 29
УДК 616.89(075.8)

Гриф надано
Міністерством освіти і науки України
(Лист № 1.4/18-Г-397 від 11.02.2008 р.)

Рецензенти:

- С. Д. Максименко** — доктор психологічних наук, дійсний член АПН України, директор Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України;
- Н. Ю. Максимова** — доктор психологічних наук, професор кафедри соціальної роботи Київського національного університету імені Тараса Шевченка;
- С. М. Зінченко** — кандидат медичних наук, професор кафедри психології Київського інституту соціальних та культурних зв'язків імені святої княгині Ольги.

Мартинюк І. А.

М 29 Патопсихологія. Навчальний посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. — 208 с.

ISBN 978-966-364-742-5

У навчальному посібнику охоплено широке коло психологічних проблем спілкування. Висвітлюються теоретичні та методологічні аспекти процесу спілкування, шляхи його оптимізації. Особливу увагу приділено специфіці міжособистісного спілкування в професіях типу «людина–людина», а саме — звертається особлива увага на психологічні аспекти спілкування в медичній та педагогічній галузях суспільного життя. Підбрано й адаптовано комплекс психотехнічних вправ, що дають можливість певною мірою ефективно спілкуватися, запобігати конфліктам, оптимізувати діяльність. Містяться психологічні вправи і запитання, комплекс психодіагностичного інструментарію, короткий термінологічний словник.

Навчальний посібник адресований студентам гуманітарного та медичного профілю. Ним можуть користуватися також усі, хто бажає отримати практично орієнтовані психологічні знання, вміння та навички діагностики, прогнозування, регуляції міжособистісних відносин у реалізації своєї професійної діяльності — вчителям, викладачам вищої школи, медсестрам, лікарям, менеджерам та ін.

ББК 65.14я73

ISBN 978-966-364-742-5

© Мартинюк І. А., 2008
© Центр учбової літератури, 2008

Зміст

Вступ	5
Розділ I. Вступ до патопсихології	6
<i>Тема 1.</i> Патопсихологія: предмет і завдання	6
<i>Тема 2.</i> Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування. Історія розвитку патопсихології	13
Розділ II. Види розладів психіки	31
<i>Тема 3.</i> Патопсихологічна характеристика психічних процесів	31
<i>Тема 4.</i> Розлади свідомості	58
<i>Тема 5.</i> Розлади особистості	63
<i>Тема 6.</i> Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки	67
Розділ III. Вікова патопсихологія	85
<i>Тема 7.</i> Порушення психічного розвитку немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку	85
<i>Тема 8.</i> Порушення психічного розвитку в підлітковому віці, ранній юності. Розлади психіки в осіб зрілого та похилого віку	98
Розділ IV. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку	105
<i>Тема 9.</i> Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення в розвитку дитини	105
<i>Тема 10.</i> Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей	114

<i>Тема 11.</i> Сучасні методи психологічної корекції та консультування.....	124
<i>Тема 12.</i> Зміна соціальної ситуації розвитку дитини як один із методів психологічної корекції.....	131
<i>Тема 13.</i> Спеціальні школи для дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці.....	140
Тести для самоконтролю	150
Ключ до тестових завдань	169
Програма дисципліни «Патопсихологія»	170
Предметний покажчик та словник термінів	193
Список використаної та рекомендованої літератури.....	203

Вступ

Патопсихологія — розділ психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у разі виникнення хвороби. Її значення полягає в можливості глибшого пізнання закономірностей функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчення психічного здоров'я, а також факторів, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу і соціогенезу.

Завдання навчального посібника «Патопсихологія» — ознайомити читачів з основними відхиленнями у розвитку психічної діяльності людини, розвивати в них вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку.

А тому до змісту навчального посібника включено такі розділи: «Вступ до патопсихології», «Види порушень психіки», «Вікова патопсихологія», «Психологічна допомога при порушеннях психічного розвитку».

У посібнику описано основні категорії патопсихології, історичні передумови та перспективи її розвитку, види порушень психіки, вікові особливості психічних розладів, основні методи фахової допомоги при порушеннях психічного розвитку.

РОЗДІЛ I

ВСТУП ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Мета 1

ПАТОПСИХОЛОГІЯ: ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ

1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення

Психічні аномалії можуть вплинути на життя як відомої людини, так і звичайної, як багатой, так і бідної. Психологічні проблеми приносять тяжкі страждання і, навпаки, можуть бути джерелом натхнення та енергії. Сферу науки, яка вивчає психологічні проблеми, називають патологічною психологією. Дослідники патопсихології збирають інформацію, щоб мати можливість описати, передбачити і пояснити досліджувані явища. Ці знання використовуються для виявлення і лікування патологічної поведінки.

Патопсихологія (грец. *pathos* — страждання, *psyche* — душа, *logos* — вчення) — це розділ медичної психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у випадку психічних чи соматичних захворювань.

За Б. В. Зейгарник, патопсихологія вивчає структуру порушень психічної діяльності, закономірності розладу психіки у їх зіставленні з нормою.

Завдання патопсихології:

- аналіз закономірностей розладу психіки, зокрема змін особистості психічно хворих;
- психологічна діагностика порушень психіки хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової, військової експертизи.

Аналіз патологічних змін здійснюється на базі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, станів і властивостей особистості в нормі.

Патопсихологія — галузь психологічної науки, дані якої мають теоретичне й практичне значення для психології та психіатрії. Вона виходить із закономірностей розвитку і структури психіки в нормі. Вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості порівняно із закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі, вивчає закономірності аномальної відображувальної діяльності мозку.

Дослідження у сфері патопсихології мають теоретичне й прикладне значення для психології та медичної практики.

Теоретичне:

- патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності (за словами І. П. Павлова, патологічне дуже часто спрощує те, що закрите від нас у нормі);
- використання патологічного матеріалу може виявитися корисним у вирішенні питання про співвідношення біологічного і соціального у розвитку психіки.

Прикладне:

- у психологічних лабораторіях накопичені експериментальні дані, які характеризують порушення психічних процесів за різних форм захворювань, що можуть бути додатковим матеріалом у встановленні діагнозу;
- у психологічному експерименті може бути поставлене завдання аналізу структури, встановлення міри психічних порушень хворого, його інтелектуального зниження;
- застосування адекватних психологічних досліджень допомагає визначити характер дії нових лікувальних засобів, які впроваджуються у терапевтичну практику;
- отримані в ході патопсихологічного дослідження дані можуть використовуватись для аналізу можливостей особистості хворого з точки зору її збережених сторін і перспектив компенсації втрачених властивостей — з метою вибору психотерапевтичних заходів і проведення психічної реабілітації.

2. Поняття про психічну патологію

Що таке психічна патологія визначити дуже нелегко. Більшість відомих визначень сходяться на тому, що це відхилення від загальноприйнятих норм, які супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією і небезпекою, яку людина несе сама собі та оточуючим.

Ознаки психічної патології:

- відхилення від норми (тобто, людина сильно відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна; судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, — писані і неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві);
- постійні душевні страждання (тобто неприсмні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій);
- психічна дисфункція, що заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так збиває її з толку, так хвилює, що вона не може достатньою мірою піклуватися про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати);
- небезпека, яку несе в собі людина (крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, яка стає небезпечною для самої людини і для інших; однак багато людей, які страждають від постійної тривоги, депресії і навіть дивно себе поведуть, не несуть безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

Суспільству важко відрізнити патологію, що потребує лікування, від незвичайних особливостей індивідуальної поведінки — у цьому випадку ніхто не має права втручатись у життя людини.

Час від часу ми бачимо людей чи чуємо про людей, які, за звичайною точкою зору, поведуть себе дуже дивно, наприклад, дізнаємось про те, що дехто живе сам з дюжиною котів і практично ні з ким не розмовляє. Поведінка таких людей відхиляється від норми, вона може приносити людині неприсмності, може сприяти психічній дисфункції, але багато спеціалістів вважають її швидше ексцентричною, ніж патологічною.

Дії, спрямовані на те, щоб змінити патологічну поведінку на більш нормальну, — терапія. Це спеціальний, систематичний процес.

3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики

Патопсихологія тісно пов'язана з такими галузями наукового знання та практики:

- *медична психологія* (патопсихологія є однією із складових медичної психології, що інтенсивно і плідно розвивається);
- *психологія* (аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, властивостей і станів у нормі; патопсихологічні дослідження дають можливість глибше пізнати закономірності функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчити психічну норму, психічне здоров'я, фактори, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу та соціогенезу);
- *судова, трудова, військова експертиза* (дані патопсихологічних обстежень використовуються для встановлення міри вираження психічного дефекту);
- *психопатологія* (психопатологічні дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних процесів, а патопсихологія розкриває характер протікання та особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних симптомів);
- *вікова психологія* (у певні періоди життя, особливо в час вікових криз, можливе виникнення, посилення чи загострення психопатологічних проявів; так, існують психічні захворювання, характерні для підліткового і юнацького віку, захворювання старечого віку та ін.);
- *дитяча психологія* (дитячої патопсихологія спеціалізується на вивченні порушень психічного розвитку в дитячому віці);
- *судова психологія* (серед правопорушників наявний певний відсоток людей, які страждають на ті чи інші психічні захворювання чи відхилення);
- *педагогіка*, зокрема методика навчання (до сфери інтересів патопсихології входить також і психологічна корекція відхилень та аномалій психічного розвитку).

4. Принципи патопсихологічних досліджень

На підставі праць Б. В. Зейгарник, можна виділити такі принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень.

— *Психологічний експеримент повинен давати можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності* (оскільки психічні процеси розглядаються в психології не як природжені здібності, а як такі, що формуються за життя). Він повинен бути спрямований на якісний аналіз різних форм розладу психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливості її відновлення. Якщо йдеться про порушення пізнавальних процесів, то експериментальні прийоми повинні показати, як розпадаються ті чи інші мислительні операції хворого, які сформувались у процесі його життєдіяльності, як видозмінюється процес набуття нових зв'язків, у якій формі викривляється можливість користування системою старих зв'язків, що сформувались у попередньому досвіді.

— *Принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого* — важливо не тільки те, якої складності чи якого обсягу завдання хворий осмислив і виконав, а й те, як він осмислював, чим були зумовлені його помилки і труднощі. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі виконання експериментальних завдань, є важливим матеріалом для оцінювання того чи іншого порушення психічної діяльності хворих.

— Один і той самий патопсихологічний симптом може зумовлюватися різними механізмами та бути індикатором різних станів. Так, порушення опосередкованої пам'яті чи нестійкість суджень можуть виникнути внаслідок порушень розумової працездатності хворого, порушень цілеспрямованості мотивів, або бути проявом дезадаптації дій. *Характер порушень* не є специфічним для того чи іншого захворювання. Він є лише типовим для них і може бути оцінений у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження.

— *Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, мотиви, які спонукають цю діяльність.* При цьому патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не лише розумові операції хворого, а й його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи та ін.

— Будова патопсихологічного експерименту повинна надавати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збере-

жених форм психічної діяльності хворого. Це важливо для вирішення питання відновлення порушених функцій. Питання про збережені можливості постає особливо гостро для з'ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання і т.д.

— У патопсихологічному дослідженні слід враховувати ставлення хворого до досліджу, яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові досліджувані намагаються виконати інструкцію, «приймають» завдання, а психічно хворі іноді не лише не намагаються виконати завдання, а неправильно тлумачать дослід чи чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту із здоровою людиною експериментатор попереджує, що будуть сказані слова, в які вона повинна вслухатись, то здоровий досліджуваний активно спрямовує свою увагу на сказані експериментатором слова. При проведенні цього самого експерименту з негативістським хворим часто виникає протилежний ефект: хворий активно не хоче слухати. За таких умов експериментатор вимушений проводити експеримент ніби «обхідним шляхом»: вимовляє слова ніби ненавмисне і ресструє реакції хворого. Нерідко доводиться експериментувати з хворим, який інтерпретує ситуацію дослідження ідеями маячення, наприклад, вважає, що експериментатор діє на нього «гіпнозом», «променями». Зрозуміло, що таке ставлення хворого до експерименту позначається на способах виконання завдання, він часто виконує прохання експериментатора навмисне неправильно, відтягує відповіді і т.д. У таких випадках побудова експерименту повинна бути змінена.

— У патопсихологічному дослідженні використовується *велика кількість методик.* Це пояснюється тим, що процес розладу психіки не відбувається однорівнево. Практично не буває так, щоб в одного хворого порушувались лише процеси синтезу і аналізу, а в іншого страждала б виключно цілеспрямованість особистості. При виконанні будь-якого експериментального завдання можна робити висновок про різні форми психічних порушень. Однак, не дивлячись на це, не кожен методичний прийом дозволяє з однаковою очевидністю, чіткістю та достовірністю говорити про ту чи іншу форму чи міру порушення. Крім того, порушення психічної діяльності хворого буває часто нестійким. За поліпшення стану хворого деякі особливості його мислительної діяльності зникають, інші залишаються. При цьому характер виявлених порушень може змінюватися залежно від особливостей самого експериментального прийому; тому зіставлення ре-

зультатів різних варіантів якого-небудь методу, багаторазово повторюваного, дає право робити висновок про характер, якість, динаміку порушень психіки хворого.

— *Патопсихологічне обстеження дітей не повинно обмежуватися встановленням якісної характеристики психічних порушень, а має виявляти потенційні можливості дитини.*

5. Кому потрібні знання патопсихології?

До 1950-х років психотерапією займалися лише психіатри, лікарі стажувались 3–4 роки. у лікуванні хворих з психічною патологією. Після Другої світової війни потреба в лікуванні психічних захворювань набагато зросла, і в її задоволенні почали брати участь інші професійні групи:

- клінічні психологи; психологи-консультанти;
- медсестри (які працюють з психічно хворими);
- сімейні терапевти;
- і найбільша група — соціальні педагоги, соціальні робітники, які мають справу з психічно хворими.

Запитання для самоперевірки

1. Дайте визначення патопсихології.
2. Що вивчає патопсихологія?
3. У чому полягає завдання патопсихології?
4. У чому полягає значення патопсихології для психології?
5. У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?
6. Назвіть ознаки психічної патології.
7. З якими науками пов'язана патопсихологія?
8. Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.
9. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.
10. Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого?
11. Чому в патопсихологічному дослідженні використовують багато методик?
12. Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології?

Тема 2

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПОГЛЯДІВ НА ПСИХІЧНУ ПАТОЛОГІЮ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

1. Світова історія розвитку поглядів на патологію та її лікування

Кожного року 30 % дорослого населення і 20 % дітей та підлітків США (за даними Р. Комера) страждають на серйозні психічні порушення і потребують лікування. Більшість людей мають труднощі в різних аспектах життя і час від часу відчувають сильний стрес, напруження, депресію та інші форми психологічного дискомфорту. У кожному суспільстві як у минулому, так і зараз були і мають місце прояви психічної патології. За Р. Коммером, погляди на її причини та методи лікування були неоднаковими.

Погляд первісних людей на патологію та її лікування. Археологи, вивчаючи залишки древніх людей, їх культуру, зробили висновок, що, можливо, в цих суспільствах патологічна поведінка розглядалась як результат впливу злих духів. Щобвилікувати людину, треба змусити злих духів залишити тіло.

Можливо, що цей погляд існував ще в кам'яному віці, півмільйону років тому. На деяких черепах, знайдених у Європі та Південній Африці, можна побачити сліди операції, що називається трепанацією — у черепі хворого кам'яним інструментом (трепаном) вирізався круглий отвір.

У більш пізніх суспільствах патологічна поведінка теж пояснювалась одержимістю демонами (єгипетські, китайські, єврейські джерела). Патологію лікували вигнанням «бісів» (екзорцизм). Шаман чи жрець читали молитви, вмовляли духів зла, сварили їх, проводили магичні дії, давали людині, одержимій злими духами, пити гіркі рідини. Якщо це не допомагало — людину бичували чи не давали їй їсти.

Погляди на патологію та її лікування в античні часи. Найдавнішими джерелами медичних знань, що дійшли до нас (1700 років до н.е.), вважають єгипетські папіруси. Німецький вчений Д. Габерс серед папірусів знайшов декілька рецептів для лікування нервових порушень.

У час процвітання грецької і римської цивілізацій, приблизно з 500 р. до н.е., філософи і лікарі почали пропонувати різні пояснення патологічної поведінки.

Грецький лікар Алкмеон Кротонський (500 р. до н.е.) першим зрозумів, що мозок є органом психічної діяльності. Він відкрив зорові нерви і висловив припущення, що й інші відчуття відіграють важливу роль у психічній діяльності.

Знаменитий старогрецький лікар Гіппократ (460–377 рр. до н.е.) висловив припущення, що причиною психічних розладів є захворювання мозку, а це зумовлене дисгармонією чотирьох рідин: надлишок жовтої жовчі викликає безумну радість, надлишок чорної жовчі — джерело постійної печалі. Він залишив приблизні описи меланхолійних і маніакальних станів, недоумкуватості, імбецильності. На душевнохворих Гіппократ поширював усі відомі на той час принципи лікування.

У Стародавньому Римі також існував науковий підхід до лікування психічно хворих. У працях римських лікарів знаходимо навіть класифікації психічних хвороб. Цельс (I–II ст. н.е.) ділив усі психічні захворювання на три групи: гострі гарячкові, хронічні безгарячкові, галюцинаторно-маячні. Він пропонував методи лікування, в тому числі й психотерапію.

У цей самий час римський лікар Аретей Каппадокійський описав маніакальну та депресивну фазу психозу. Римський лікар Клавдій Гален дав анатомічний опис центральної нервової системи. Римський лікар Целій Авреліан (V ст. н.е.) був першим, хто вважав, що причиною психічних хвороб можуть бути соматичні захворювання.

Античні лікарі лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні і психологічні засоби. Перш ніж пустити хворому кров чи обмежити свободу його пересування, багато грецьких лікарів спочатку виписували хворому тепло і дружню підтримку, музику, масаж, фізичні вправи і ванни.

Європа в середні віки: демонологія повертається. У Європі часів 500–1350 рр. н.е. зросла влада духовенства. Церква заявила про незалежність душі від тілесної оболонки і знищувала усі наукові обґрунтування сутності психічних явищ. Певедінка, що відхилялась від загальноприйнятих норм, розглядалась як свідчення впливу сатани. В усіх країнах Європи почало панувати уявлення про психічно хворих як про одержимих злим духом, дияволом, біснуватих. Якщо в період раннього середньовіччя психічно хворих направляли в монастирі і монахи лікували їх заклинаннями, то вже у XV–XVI ст. суди святої інквізиції визнавали їх одержимими дияволом, і хворих спалювали на вогнищах. Такі вогнища палали в Європі понад 200 років.

У цей період траплялися спалахи масового безумства, коли в багатьох людей були однакові видіння і галюцинації. При одному

такому психічному порушенні, тарантизмі, групи людей раптово починали стрибати, роблячи круги, танцювати і битись у конвульсіях. Усі були впевнені, що цих людей вкусив «вовчий павук» — тарантул. За іншої форми масового безумства, лікантропії, люди вважали, що їх душами оволоділи вовки чи інші звірі. Так звані перевертні поводили себе так, як звірі, і уявляли, що їх тіло покритися шерстю. За В. М. Кузнєцовим та В. М. Чернявським, Середньовіччя залишило немало цікавих свідчень щодо психічних недуг у самих служителів святої церкви, яких згодом зарахували до лику святих. Так, у своїх видіннях святий Антоній бачив тигрів, вовків, змій, биків, що кидались на нього, кусали його, били рогами. Видіння, схожі на галюцинації при білій гарячці, бачив святий Мартин: перед ним поставав сам Сатана в розкішному одязі, у короні з рогів. Звичайно, ці психічні розлади у відомих діячів церкви не розцінювались як хвороби.

Відродився екзорцизм, священники звертались до Бога з молитвами, давали хворим пити свячену воду, гіркі рідини. Якщо це не допомагало — принижували злих духів або ж не давали хворому їсти, сікли його, ошпарювали окропом чи розтягували.

У кінці середньовіччя світська влада почала будувати лікарні, взяла на себе турботу про хворих, у тому числі і з психічними порушеннями. Багато психічно хворих почали лікуватись у лікарнях, таких як лікарня Трінті в Англії.

Ренесанс і створення притулків. Урбанізація, розвиток промисловості поставили перед суспільством проблему ізоляції значної кількості психічнохворих. У великих містах для них почали створювати притулки. Хворих перестали страчувати, однак ставлення до них залишилося жорстоким. Притулки мали жалюгідний вигляд, нагляд за хворими здійснювали люди, які були далекими від медицини. Збуджених, неспокійних хворих приковували ланцюгами.

Перший медик, який спеціалізувався на душевних захворюваннях, — німецький лікар Йоган Вейер (1515–1588). Він вважав, що розум теж піддається захворюванням, як і тіло.

В Англії психічно хворих доглядали вдома, а сім'ї отримували гроші від місцевого церковного приходу на їх утримання. У різних містах Європи були організовані церквою богодільні для лікування людей з психічними розладами. Найбільш відомі — у м. Гилі в Бельгії. З XV ст. сюди з усіх куточків Європи їхали люди із психічним порушеннями. Місцеві жителі дружелюбно приймали їх.

Однак до середини XV ст. в мірі того, як притулки переповнювались, вони перетворювались на своєрідні в'язниці, де пацієнтів

утримували у брудних приміщеннях і поводитися з ними жорстоко.

Наприклад, у 1547 р. лондонська Віфлєсмська лікарня була віддана місту королем Генріхом VIII для утримування душевнохворих. У цьому притулку пацієнтів тримали в ланцюгах, і вони так кричали, що їх крики було чути в усіх околицях (згодом ця лікарня перетворилась на туристський атракціон).

XVIII–XIX ст.: моральне лікування. До 1800 р. у лікуванні душевнохворих з'являється поліпшення. Велика Французька революція створила сприятливі умови для розвитку науки взагалі і психіатрії зокрема. Уряд прийняв низку декретів про поліпшення утримання хворих, створення спеціальної комісії і з реорганізації психіатричної допомоги.

У 1792 р. професор медичної школи Філіп Пінель з дозволу Конвенту зняв ланцюги з хворих психіатричної лікарні у Сальпетрієрі. У 1793 р. він став головним лікарем паризького притулку для душевнохворих чоловіків. Філіп Пінель доводив, що хворих слід лікувати з допомогою моральної підтримки, він надавав їм свободу пересування територією лікарні, замінив їх темниці сонячними кімнатами з хорошою вентиляцією, запропонував моральну підтримку і добрі поради як необхідну частину лікування. У самопочутті багатьох людей, які просиділи десятиліття під замком, дуже швидко з'явилися помітні поліпшення, їх випустили на волю. Пізніше Пінель провів подібні реформи в паризькій лікарні для жінок з психічними порушеннями.

З того часу почали впроваджувати якісно нові принципи в організацію психіатричної допомоги. Люди з психічними розладами офіційно визнавалися хворими, притулки отримали назву психіатричних лікарень, з'явилися передумови для організації лікування, наукового узагальнення і систематизації спостережень. Ці гуманістичні ідеї почали поширюватись і в інших країнах.

Так, англієць Вільям Тюк провів схожі реформи на півночі Англії. У 1796 р. він заснував Йоркський притулок, де майже 30 пацієнтів з психічними порушеннями жили як гості в тихих сільських будиночках, їх лікували поєднанням відпочинку, молитви та ручної праці.

Методи Пінеля і Тюка поширилися Європою та США. У США Бенджамін Раш вимагав, щоб з пацієнтами працювали розумні і чуйні співробітники, які читали б їм, розмовляли з ними і виводили на прогулянки.

Шкільна вчителька Дороті Дікс досягла того, що людяність у турботі про душевнохворих стала предметом уваги суспільства.

Завдяки діяльності (їздила штатами і розповідала про жахи, які бачила в лікарнях, закликала до реформ) уряд почав витратити більше грошей на лікування хворих з психічними порушеннями. Кожен штат ніс відповідальність за розвиток національної системи лікарень для душевнохворих.

У 1837 р. шотландський лікар О. Коннолі запропонував повністю ліквідувати усі форми утиску хворих, приниження їх людської гідності. Проте вони ще довго зберігались у Німеччині та США. Цьому сприяли різні пануючі філософські погляди. Так, Е. Кант вважав, що психіатрія — це не медична наука, що психічно хворі належать до компетенції не лікарів, а філософів. Тому їхнім лікуванням займалися філософи. Вони ж і викладали психіатрію. На думку німецьких психіатрів-філософів, психоз треба розглядати як хворобу душі, що є наслідком злої волі або ж гріха. Філософи не визнавали ролі соматичних порушень у виникненні психічних розладів.

У німецькій психіатрії існувала школа соматиків. Її представники причиною душевних розладів вважали соматичні захворювання.

Наукові погляди в німецькій психіатрії розвивав В. Грізінгер (1876). Він вважав, що основою психічних порушень є патологічні процеси в мозку. Погляди німецьких психіатрів-соматиків сприяли зближенню психіатрії із загальною медициною і мали позитивний вплив на розвиток психіатрії як у Німеччині, так і за її межами.

Після реформи Ф. Пінеля склалися хороші умови для спостереження і наукового аналізу психічних порушень у хворих психіатричних лікарень. Завдяки цьому вже в 30-ті роки XIX ст. були отримані важливі наукові результати. У 1882 р. А. Бейль описав прогресивний параліч божевільних. У цей самий період Й. Ескіроль виділив клінічні критерії ілюзій, а Й. Фальре дав клінічні характеристики алкогольного психозу, циркулярного психозу, психічних порушень при епілепсії. Цими працями французьких психіатрів було покладено початок створення класифікації психозів.

До 1850-х років у багатьох лікарнях Європи і США немало пацієнтів вилікувалось і були виписані.

Однак до кінця XIX ст. ситуація змінилася на гірше:

- труднощі з персоналом;
- не всі пацієнти могли вилікуватися лише внаслідок гуманного ставлення до них;
- у міру того, як усе більше пацієнтів щезало в далеких від цивілізацій лікарнях, люди доходили думки, що всі психіч-

но хворі — дивні і небезпечні; відповідно знизилась благо-
дійність.

На початку ХХ ст. тривала госпіталізація знову стала звичним явищем.

Початок ХХ ст. Виділяється дві точки зору на причини виникнення психічних порушень:

— *соматогенна*: патології поведінки зумовлені фізичними причинами. У 1883 р. німець Еміль Крепелін довів, що такий фізичний фактор, як втома, може бути причиною психічної дисфункції. Було запропоновано багато способів лікування психічнохворих, але нічого не працювало (видалення зубів, мигдалин, хірургічне розсікання деяких нервових волокон у головному мозку). У 1950-ті роки було відкрито деякі ефективні засоби;

— *психогенна*: причини психічної хвороби слід шукати в психології. Цей погляд виявився перспективним, коли з'явився гіпноз — процедура, що вводить людей у транс, тобто в такий психічний стан, коли вони особливо добре піддаються впливу. Ще в 1778 р. австрійський лікар Месмер лікував гіпнозом пацієнтів з істеричними розладами і тілесними хворобами: паралічі, у яких не було явних фізичних причин. Двоє французьких лікарів — Бернхейм і Лебо показали, що під впливом гіпнозу істеричні випадки можна викликати у здорових людей. Віденський лікар Бретер вивчав вплив гіпнозу на істерію (під гіпнозом пацієнт розповідав про події, які змусили його страждати, а прокидався без симптомів істерії). Фройд розробив теорію психоаналізу, за якою багато форм психічної патології мають психогенний характер.

Загалом *початок ХХ ст.* (завдяки успіхам психіатрії, досягнути внаслідок клінічного вивчення психічних розладів, та розвитку експериментальної психології) *ознаменувався виникненням нової галузі психологічної науки, що отримала назву патологічна психологія.* Однією з перших узагальнювальних праць із патопсихології була «Психопатологія у застосуванні до психології» швейцарського психіатра Г. Штеррінга.

2. Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні та Росії. Становлення вітчизняної патопсихології

У феодальній Російській імперії теж панували релігійно-містичні погляди на психічні хвороби, але ставлення до хворих було м'яким. Їх вважали жертвами Божої кари або ж порчі. З ХІ ст. юродиві, блаженні проживали при монастирях.

У 1554 р. Іван Грозний видав указ, у якому вимагав від монастирів турбуватися про «малоумних», забезпечувати їм харчування і догляд. Така форма піклування про хворих існувала до XVIII ст. А наприкінці царювання Петра I з'явився царський указ про заборону посилати психічно хворих у монастирі і про влаштування для них спеціальних будинків. Закон від 07.09.1775 р. так регламентує діяльність таких будинків: ...«чтобы дом был избран довольно просторный и крепкий, чтобы утечки из него учинить невозможно было. Такой дом нужно снабдить пристойным, добросердечным, твердым и исправным надзирателем и нужным числом людей смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но притом имели за ними крепкое и неослабное во всякое время смотрение, чтоб сумасшедший сам себе и никому вреда не учинил».

У 1776 р. у Москві було відкрито Катерининську лікарню з відділенням для душевнохворих. У 1782 р. у Петербурзі було збудовано Обухівську лікарню з психіатричним відділенням, а в 1832 р. у Петербурзі закінчили будівництво психіатричної лікарні «Всех скорбящих» (згодом — лікарня ім. Фореля). В організації роботи цієї лікарні діяльну участь брав І. Ф. Рюль. Він створив статут лікарні, яким передбачалося ввічливе і м'яке звертання до хворих, заборонялось говорити хворому «ти».

Після 1864 р. на земські управи було покладено будівництво психіатричних лікарень (було збудовано Харківську, Одеську, Казанську, Новгородську, Тверську психіатричні лікарні, психіатричні відділення в Московському і Петербурзькому військових госпіталях).

Розуміння душевних розладів як хвороби визначало й характер будівництва лікарень — для лікування, а не для притулку. Очолили психіатричні лікарні лікарі, які мали підготовку з психіатрії. А це, у свою чергу, створювало умови для встановлення медичного режиму, догляду, методів лікування і аналізу спостережень.

Професор хірургії та психіатрії Харківського університету П. А. Бутківський у підручнику з психіатрії (1834 р., це був перший підручник з психіатрії російською мовою) закликав гуманно ставитись до хворих: «...ми повинні показувати усю ніжність і співчуття до тих, хто втратив розум, не заковуючи цих нещасних, як злочинців, у кайдани, темниці чи смердючі мокрі прірви смиренних будинків, куди співчутливий погляд людства ніколи не

проникає і де їх... демонструють, ніби диких звірів тим, хто від ситості і дурної цікавості знаходять задоволення бачити сих нещасних страждальців».

Розвиток психіатрії завдячує діяльності В. Х. Кандинського (висунав вчення про псевдогалюцинації), В. П. Осипову, І. П. Павлову, П. Б. Ганнушкіну (вивчали психічні процеси, а також психози як діяльність всього мозку, усіх ланцюгів центральної нервової системи), П. К. Анохіна, Г. Н. Крижанівського. Патофізіологічні напрями розробляв у своїх працях В. П. Протопопов, який створив на Україні своєрідну школу вчених-психіатрів. Серед них — Й. А. Поліщук — його біохімічні дослідження доводять матеріалістичну природу психічних хвороб, дозволяють виділити досить специфічні біохімічні синдроми при психічних розладах. В Україні працювали і такі відомі вчені-клініцисти, як Т. І. Юдін, Є. А. Попов, К. І. Платонов, Я. П. Фрумкін, П. В. Бірюкович, І. Я. Завілянський та ін.

З розвитком експериментальної психології все більше зростав інтерес психіатрів, психоневрологів до психології, що надалі стало основою становлення патопсихології.

Розвиток вітчизняної патопсихології відзначався наявністю міцних природничо-наукових традицій, закладених працями І. М. Сеченова, О. О. Ухтомського, В. М. Бехтерева, І. П. Павлова та ін. Основоположником патопсихологічного напрямку в Росії є В. М. Бехтерев, організатор широких експериментально-психологічних досліджень порушень психічної діяльності. Свої патопсихологічні дослідження проводив у лабораторії і клініці душевних і нервових хвороб Військово-медичної академії у Петербурзі. Заснував Психоневрологічний інститут, організував власну психологічну школу. У працях В. М. Бехтерева та його учнів було отримано багатий конкретний матеріал про особливості асоціативної діяльності, мислення, мовлення, уваги, розумової працездатності в різних категорій хворих порівняно із здоровими відповідного віку, статі та освіти.

В. М. Бехтерев, С. Д. Владичко, В. Я. Анфімов та інші вчені було розробили багато методик експериментально-психологічного дослідження душевнохворих, деякі з яких (методика порівняння понять, визначення понять) увійшли до найбільш уживаних у радянській патопсихології.

Вагомими для сучасної патопсихології є сформульовані В. М. Бехтеревим та С. Д. Владичко вимоги до методик: простота (для вирішення експериментальних завдань досліджувані повинні

володіти особливими знаннями, навичками), портативність (можливість дослідження безпосередньо біля ліжка хворого, поза лабораторною обстановкою), попереднє випробування методики на великій кількості здорових людей відповідного віку, статі, освіти.

А. Ф. Лазурський (учень В. М. Бехтерєва), завідувач психологічної лабораторії у заснованому В. М. Бехтерєвим Психоневрологічному інституті, організатор власної психологічної школи, розробив природний експеримент для педагогічної практики, який був впроваджений і в клінічну практику. У клініці природний експеримент застосовувався в ході організації дозвілля хворих, їх занять і розваг — із спеціальною метою давались арифметичні задачі, ребуси, загадки, завдання відтворити пропущені літери та склади в тексті та ін.

Іншим центром, у якому розвивалася клінічна психологія, була психіатрична клініка С. С. Корсакова в Москві. (С. С. Корсаков багато зробив для організації психіатричної допомоги, реформування принципів догляду за психічно хворими; описав поліневритичний психоз, довівши, що психопатологія може бути зумовлена ураженням мозку і взагалі нервової тканини; на міжнародному з'їзді в 1897 р. цей поліневритичний психоз назвали хворобою Корсакова, що визнали психіатри всього світу.) У цій клініці в 1886 р. була організована друга в Росії психологічна лабораторія, якою завідував А. А. Токарський. С. С. Корсаков, як і всі представники прогресивних напрямів у психіатрії, дотримувався тієї думки, що знання основ психологічної науки дає можливість правильно розуміти розлад психічної діяльності психічно хворої людини. А. А. Токарський в одній із своїх статей доводив, що відхилення інтелектуальної діяльності хворих не зводяться до розладу окремих здібностей, а що йдеться про складні форми порушень усієї цілеспрямованої мислительної діяльності.

Усе більше зростав інтерес психіатрів, невропатологів до експериментальної психології. Це проявлялося зокрема і в тому, що низка засідань Московського товариства психіатрів була присвячена ознайомленню з методами психологічного дослідження.

Напередодні Великої Жовтневої соціалістичної революції у Росії почала формуватись експериментальна патопсихологія: у 1911 р. вийшла книга О. М. Бернштейна, присвячена опису методик експериментально-психологічного дослідження. У тому самому році Ф. Г. Рибоков видав свій «Атлас психологічного дослідження особистості».

Б. В. Зейгарник відзначає велику співдружність провідних психіатрів і невропатологів того часу з психологами. Багато з

них, наприклад, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, А. І. Сербський, Г. І. Россолімо, О. М. Бернштейн, В. А. Гіляровський були самі провідниками передових ідей психології свого часу і сприяли розвитку психології в науково-організаційному напрямі. Вони починали свої лекції з основ психологічної науки, були членами психологічних наукових товариств, редакторами психологічних журналів і т.д.

Велику роль у становленні патопсихології як певної галузі знань відіграли ідеї про предметну діяльність відомого радянського психолога Л. С. Виготського, які далі розвинули в загальній психології його учні й співробітники О. М. Леонтєв, О. Р. Лурія, П. Я. Гальперін, Л. І. Божович, А. В. Запорожець та ін.

Л. С. Виготський висунув положення про те, що:

1) мозок людини має інші принципи організації функцій, ніж мозок тварини;

2) розвиток вищих психічних функцій не визначається лише однією морфологічною структурою мозку; психічні процеси не виникають в результаті одного лише дозрівання мозкових структур, вони формуються в процесі життя в результаті навчання, виховання, спілкування і засвоєння досвіду людства;

3) ураження одних і тих самих ділянок кори має різне значення на різних етапах психічного розвитку.

Ці положення багато в чому визначили шлях патопсихологічних та нейропсихологічних досліджень.

Сам Л. С. Виготський своїми експериментальними дослідженнями поклав початок вивчення розпаду мислення. Для побудови своєї теорії про вищі психічні функції він використовував дані патопсихологічних досліджень.

Інтенсивні експериментально-психологічні дослідження проводились у Ленінградському інституті мозку ім. В. М. Бехтерева протягом декількох десятиліть під керівництвом В. М. Мясіщева. Він прагнув поєднати психіатрію та психологію та впроваджувати об'єктивні методи дослідження хворих у психіатричні клініки. Були розроблені методики об'єктивної реєстрації емоційних компонентів психічної діяльності людини (як об'єктивний показник використовували електрошкірна характеристика людини, що реєструвалася за допомогою гальванометра).

Низка праць, виконаних у відділі Ленінградського інституту мозку, були присвячені аналізу будови трудової діяльності хворих, вивченню впливу ставлення хворих до праці на їхню працездатність. На основі цих досліджень В. М. Мясіщев висунув положення про те, що порушення працездатності слід розглядати як

основний прояв душевної хвороби людини і що показник працездатності є одним з критеріїв психічного стану хворого. Роботи лєнінградської школи патопсихологів цього періоду не втратили до цих пір свого актуального значення як за змістом, так і за експериментальними методиками.

У ці самі роки було проведено низку досліджень у психологічній лабораторії Центрального науково-дослідного інституту експертизи працездатності, створеного вперше у світі в СРСР.

З цієї лабораторії вийшли праці, присвячені особливостям інтелектуальної діяльності хворих, які перенесли травми головного мозку, характеристиці психічної діяльності і працездатності хворих епілепсією та шизофренією.

У роки Великої Вітчизняної війни патопсихологи включились у відновлювальну роботу в нейрохірургічних госпіталах. Предметом патопсихологічних досліджень стають порушення психічної діяльності, спричинені травмами головного мозку, та їх відновлення.

Однією з провідних у галузі патопсихології є проблема розладу пізнавальної діяльності. Робота в цій галузі велась у різних напрямках: досліджувались зміни особистісного компоненту у структурі розладів пізнавальних процесів (лабораторія Московського інституту психіатрії і лабораторія патопсихології факультету психології МГУ), розроблялося питання про зв'язок порушень пізнавальних процесів з процесом актуалізації знань (лабораторія Інституту психіатрії Академії медичних наук). Інша лінія досліджень спрямована на психологічний аналіз спостережуваних у психіатричній клініці порушень особистості.

Проводились дослідження змін ієрархічної побудови мотивів, їх смислотвірної функції; досліджується внутрішня картина хвороби при різних психічних захворюваннях (лабораторія патопсихології факультету психології МГУ, патопсихологічна лабораторія Московського інституту психіатрії). Використовуючи теорію установки Д. М. Узнадзе, низка психологів і психіатрів Грузії вивчають порушення установок при різних формах психічних захворювань.

З розвитком патопсихології розширювались патопсихологічні дослідження в експертній практиці: судово-психіатричній та трудовій. Проблема трудової і соціальної реабілітації приваблювала увагу представників різних спеціальностей; розширювалась мережа лабораторій з відновлення як окремих порушених функцій, так і працездатності хворих людей.

Особливого розвитку набули патопсихологічні дослідження у дитячих психоневрологічних закладах. Розроблялись методики, що сприяли ранній діагностиці розумової відсталості; проводився

аналіз складних картин слабоумства та недорозвитку в дитячому віці з метою пошуків додаткових диференціально-діагностичних ознак та симптомів; на основі положення Л. С. Виготського про зону найближчого розвитку розроблялась низка методик навчального експерименту, спрямованих на виявлення прогностично важливих ознак научуваності дітей.

На всесоюзних з'їздах психологів (1959, 1963 і 1971 рр.) були широко представлені доповіді патопсихологів, які зосереджувались навколо наступних проблем: значення патопсихології для теорії загальної психології, проблема компенсації, проблема патології мислення та особистості.

Відомим представником вітчизняної патопсихології є психолог із світовим ім'ям — Блюма Вольфівна Зейгарник (1900–1988). Вона розробила теоретичні основи патопсихології, описала характер патологічного протікання окремих психічних процесів, сформулювала важливі принципи роботи патопсихолога.

Була ученицею Курта Левіна, їй належить відоме дослідження з проблеми запам'ятання завершених і незавершених дій, що отримали надалі назву «ефект, чи феномен Зейгарник». Його суть полягає в тому, що незавершені дії запам'ятовуються людиною набагато краще, ніж завершені.

Багато років Б. В. Зейгарник завідувала лабораторією експериментальної патопсихології у лікарні ім. П. Б. Ганнушкіна. Нею накопичений величезний експериментальний матеріал, який ліг в основу її книг з патопсихології. Блюма Вольфівна завжди поєднувала наукову та практичну роботу, розробляла проблеми патопсихології на основі ідей Л. С. Виготського і діяльнісного підходу у психології.

Блюма Вольфівна Зейгарник разом з Олександром Романовичем Лурія багато років очолювала кафедру нейро- і патопсихології Московського державного університету ім. М. В. Ломоносова. Серед її учнів такі відомі психологи, як Ю. Ф. Поляков, О. Т. Соколова, А. С. Співаковська, Б. С. Братусь, А. Д. Кошелева та ін.

3. Важкі психічні порушення та їх лікування

У 1950-ті роки дослідники відкрили деякі нові психотропні засоби — ліки, які в основному діють на головний мозок і зменшують багато симптомів психічної дисфункції:

— антипсихотичні ліки, що допомагають виправити затьмарення свідомості і викривлення мислення;

- антидепресанти, що піднімають настрій людей, які перебувають у депресії;
- заспокійливі засоби, що допомагають зняти напруженість і тривожність.

Після відкриття цих засобів хворих почали виписувати на амбулаторний режим (деінституціоналізований).

З 1950-х років в амбулаторному лікуванні почали розвиватися спеціальні програми, які фокусують увагу винятково на якомусь одному типі психологічних проблем.

У США, наприклад, є центри, які займаються роботою із запобігання самовбивств, профілактикою зловживань психоактивними речовинами, програми, пов'язані з порушенням харчування, лікування різних фобій, програми, що займаються проблемами сексуальної дисфункції.

У системі Міністерства охорони здоров'я України існують:

- психіатричні лікарні для гострих хворих з диференціацією відділів;
- психоневрологічні лікарні для людей з пограничними станами;
- психосоматичні відділення при соматичних лікарнях;
- психоневрологічний диспансер (амбулаторна допомога);
- психотерапевтичні кабінети та психотерапевтичні відділення;
- кризові центри та телефон довіри.

При психіатричних лікарнях, психоневрологічних лікарнях для людей з пограничними станами, психосоматичних відділеннях при соматичних лікарнях та психоневрологічних диспансерах існують дитячі відділи.

4. Загальне уявлення про найбільш поширені психічні захворювання

1. **Психози** — це такий вид психічного розладу, за якого хворий не може правильно оцінювати себе, навколишню обстановку, ставлення інших людей до себе, вчинки його грубо неправильні.

Найчастіше психози проявляються так:

— *Маячення* — ідеї, судження, які не відповідають дійсності, помилково обгрунтовані. Вони повністю оволодівають свідомістю хворого, не піддаються корекції шляхом переконання і пояснення. Хворий оцінює свої дії як правильні, активно бореться з противниками своїх ідей. Зміст маячення може бути найрізнома-

нітнішим, але частіше за все трапляється маячення переслідування (хворі впевнені, що за ними слідкують з космосу, приватні детективи, агенти КГБ чи ЦРУ, сусіди), маячення збитків (хворі впевнені, що крадуть їх речі, хочуть вигнати їх з квартири), маячення впливів (зі сторони інопланетян, чарівників і т.д.). Трапляється маячення ревнощів, сутяжництва, винахідництва, реформаторства, іпохондричне маячення (хворий переконаний, що він страждає якоюсь страшною, невиліковою хворобою). Маячення завжди є ознакою психозу. При неврозах маячення не буває.

— *Галюцинації* — вперше описав Ж. Ескіроль. Він визначав галюціанта як людину, у якої існує переконання, що вона бачить, чує чи якимось інакше сприймає нібито існуючий предмет. Видіння можуть бути страшними чи приємними, голоси можуть доноситися ззовні чи звучати всередині голови. Голоси можуть віддавати накази, сварити хворого чи коментувати його дії і т.д. У момент напливу голосів хворі не можуть протистояти їх наказам і здійснюють найрізноманітніші, нерідко кримінальні вчинки. Ставлення хворого до голосів може бути критичним, але періодично критика втрачається, що свідчить про загострення хвороби. Про наявність галюцинацій можна дізнатись у хворого. Варто запам'ятовувати його розповідь, а краще — записувати. Це допоможе лікарю правильно поставити діагноз і призначити необхідне лікування. Про наявність галюцинацій можна судити і за поведінкою хворих, і за виразом їх обличчя. Часто, бесідуючи з голосами, вони жестикулюють. Якщо голоси доброзичливі, то на обличчі хворого можна помітити посмішку, якщо голоси страшні, — на його обличчі відобразиться страх.

— *Рухові розлади* — проявляються у вигляді ступора чи збудження. При кататонічному ступорі хворий стає загальмованим, дивиться в одну точку, перестає відповідати на запитання, відмовляється від їжі, надовго застигає в одній позі і впадає у стан нерухомості. Деколи спостерігається симптом «повітряної подушки» — голова хворого тривалий час залишається трохи піднятою над подушкою. Збудження проявляється дивною, недоречною поведінкою з гримасами, манірністю, несподіваними витівками (імпульсивність). Хворий може несподівано вдарити, плюнути, перекинути тарілку із супом на голову сусіду і т.д. Характерними є незрозумілі витівки, кривляння, передражнювання. Хворі можуть обмазуватись нечистотами, поїдати сміття, кал і т.д.

— *Афективні порушення* (тобто порушення настрою) проявляються у вигляді депресії чи маніакального стану.

Депресія — це такий стан, коли афект туги виступає на перший план. У хворих відзначається пригнічений настрій, інтелектуальна і рухова загальмованість. Вони відчувають пригнічуючу, безвихідну тугу, яка нерідко супроводжується важкими фізичними відчуттями (вітальна туга). Оточуюче сприймається у похмурому світлі. Теперішнє і майбутнє видається похмурим і безвихідним. Виникають ідеї самозвинувачення. Деколи туга буває до того нестерпною, що хворі здійснюють суїцид (самовбивство).

Маніакальні стани — свідчать про більш глибоке ураження психіки, проявляються безпричинно підвищеним настроєм, руховим збудженням. Настрій у хворих пречудовий, вони відчувають незвичайну бадьорість, прилив сил. Беруться за масу справ і не доводять жодну з них до кінця. Говорять без упину, співають, читають вірші. Хворі переоцінюють власну особистість, будують грандіозні плани на майбутнє.

При маячненні, галюцинаціях, рухових розладах і афективних порушеннях необхідне негайне втручання лікаря!

Маніакально-депресивний психоз — захворювання, основним проявом якого є чергування маніакальних і депресивних станів. Протікає у вигляді приступів з вираженими афективними розладами, по завершенні яких повністю відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до приступу. Зміни особистості не відбуваються.

2. *Невроз* — відноситься до пограничних станів у психіатрії. Це таке захворювання, яке виникає при життєвій ситуації, що різко змінилася, як тяжка реакція особистості на цю ситуацію. Причому критика хворого до свого стану не порушена. Невротичні розлади, як правило, співіснують з вегетативними порушеннями. Невроз проявляється астеничними, нав'язливими порушеннями.

Вперше поняття «невроз» ввів шотландський лікар У. Кулен. Він визначав його як «нервовий розлад, який не супроводжується лихоманкою, не пов'язаний із захворюванням якогось органу, а обумовлений загальним стражданням, від якого залежать рухи і думки».

Неврози зворотні: коли усувається психотравмуючий фактор, зникають і невротичні розлади.

Найбільш поширений *істеричний невроз*. Істеричне реагування виникає у відповідь на психотравму і проявляється по-різному: від рухового збудження до припадків з риданнями, вигинами дугою

без втрати свідомості чи загальмованістю. Дуже важливо відрізнити істеричний припадок від епілептичного.

Ось як визначає припадок при істерії академік А. В. Сніжневський: раптовий напад, який характеризується різноманітними складними, виразними рухами: хворі стукають ногами, простягають руки вгору, рвуть на собі волосся, одяг, стискають зуби, тремтять, качаються по підлозі, вигинаються усім тілом, спираючись на потилицю і п'ятки («істерична дуга»), плачуть, ридають, кричать, повторюють одну і ту саму фразу.

На відміну від епілептичного, при істеричному припадку хворий не падає, а повільно опускається на підлогу. Для істеричного припадку необхідно «багато місця» в буквальному значенні. Істеричний припадок супроводжується затьмаренням свідомості. Спогади про припадок і оточуючу обстановку в цей момент завичай уривчасті. Істеричний припадок, як правило, психогенно зумовлений, він може посилюватись і затягуватись за скупчення людей навколо хворого. Істеричний припадок може раптово припинитись під впливом сильного зовнішнього подразника (укол, бризки холодної води, різкий звук і т. д.), а епілептичний зупинити неможливо. Тривалість істеричного припадку — від декількох хвилин до декількох годин. На відміну від епілептичного, істеричний припадок не має клонічної і тонічної фаз, не супроводжується прикусуванням язика і мимовільним сечовиділенням. Реакція зіниць на світло і сухожилльні рефлекси зберігаються.

У хворих на епілепсію в картині припадків спостерігається (з усіма індивідуальними особливостями) стереотипна повторюваність (кліше), а істеричні припадки в одного й того самого хворого можуть протікати неоднаково.

Астенія — стан підвищеної втомлюваності, виснаженості, втрата здатності тривалий час займатися фізичною і розумовою працею. Астенічна симптоматика нерідко проявляється на початковому етапі психічних захворювань.

Інший прояв психічних розладів, що розвиваються, — *нав'язливі стани*, при яких почуття, думки, страхи, рухи виникають у хворого попри його волю. Хворий усвідомлює їхню хворобливість, недоречність, але безсилий у боротьбі з ними. Якщо він і долає нав'язливості, то ціною страждань, що виснажують.

Характерними особливостями цих станів є їх упертість і невідступність, які заважають нормально жити і працювати, а часом перетворюють на муку і життя родичів. Якщо людина відчуває нав'язливий страх раптово померти, заразитись якоюсь хворобою чи невиліковно захворіти і т. д., то їй необхідна допомога психіа-

тра. Як правило, ці люди самі хочуть позбутися своїх страхів, шукають допомоги і підтримки.

Стани нав'язливості можуть з'являтися і в здорових людей як реакція на якусь психотравму. Але коли труднощі долаються, після лікування і відпочинку у них усе проходить.

3. **Епілепсія** — хронічне психічне захворювання, яке часто протікає з ускладненням симптомів і розвитком грубих змін особистості. Основна характеристика хвороби — судомні або безсудомні напади, наявність пароксизмальних станів (судомних і безсудомних), визначені інтелектуально-мнестичні розлади та розлади особистості.

За даними ВОЗ, від 30 до 40 мільйонів людей у світі страждають тими чи іншими формами епілепсії. Однак актуальність проблеми визначається не тільки і не стільки поширеністю епілепсії, скільки тяжкістю захворювання і його наслідків.

Тому якщо в людини був судомний напад, її необхідно показати психоневрологу. Це не обов'язково виявиться епілепсією, але лікар сам має поставити діагноз і призначити відповідне лікування.

4. **Шизофренія** (від грец. *schizo* — розщеплюю і *phren* — думка) — психічне захворювання, основними проявами якого є: зміни особистості (зниження активності, аутизм і т. д.), різноманітні патологічні продуктивні симптоми (маячення, галюцинації, афективні розлади, кататонія і т. д.). Протікання переважно хронічне (у вигляді нападів чи неперервне).

5. **Психопатія** — це стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру і формується, як правило, з юного віку. Цей стан відрізняється постійністю; має тенденцію до посилення або послаблення, але не піддається повній редукції. У складності пристосування до життєвих ситуацій такий хворий схильний переоцінювати значення обставин життя або властиві йому власні якості.

До психічних захворювань, з якими в повсякденному житті стикається значна частина населення, належать алкоголізм і наркоманія.

6. **Алкоголізм** — хвороба, для якої характерне наростаюче протікання, причому не завжди можна точно визначити її початок. Спочатку виникає тільки психічна, а потім і фізична залеж-

ність від спиртного. На фоні алкоголізму можуть розвиватись різні психічні порушення: депресії, нав'язливі стани, істеричні прояви, алкогольні психози, деградація особистості. Серед алкоголіків частими є випадки самовбивств. (Алкоголізм слід відрізнити від п'янства — зловживання алкоголем.)

7. **Наркоманія** — патологічна пристрасть до психоактивних речовин. У наркоманів дуже швидко розвивається фізична і психічна залежність від наркотику, виражена тенденція до деградації особистості. Наркоманія негативно впливає на суспільство, оскільки дуже швидко поширюється і згубно відображається на здоров'ї нації.

Запитання для самоперевірки

1. Що вважали причиною психічної патології у первісному суспільстві? Що про це свідчить?

2. Доведіть, що в античні часи погляди на психічну патологію мала науковий характер.

3. Опишіть ставлення до психічно хворих в епоху Середньовіччя. Чим воно зумовлювалось?

4. Що стало причиною створення притулків для душевнохворих в епоху Відродження?

5. Чи можна стверджувати, що створення притулків для психічнохворих в епоху Ренесансу сприяло їх видужанню?

6. У чому полягає заслуга Філіпа Пінеля у психіатрії?

7. У чому відмінність поглядів філософів та психіатрів XIX ст. на психічну патологію?

8. Опишіть суть соматогенної та психогенної точок зору на причини виникнення психічних порушень.

9. Коли виникла патопсихологія?

10. Що вважали причиною психічної патології в Росії, Україні в епоху Середньовіччя?

11. Яким було ставлення до душевнохворих в Україні, Росії впродовж віків?

12. Назвіть представників вітчизняної патопсихології та опишіть їхній внесок у розвиток цієї науки.

13. Які зміни у лікуванні психічно хворих відбулись у середині XX ст.?

14. Назвіть найбільш поширені психічні захворювання.

15. Поясніть, що таке психози.

16. Як би ви пояснили відмінність психозу від неврозу?

17. Чим відрізняється випадок епілепсії від істеричного?

18. Куди за допомогою може звернутися в Україні людина з психічними розладами?

Тема 3

ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

1. Розлади відчуття

До порушень відчуттів відносяться:

1. **Анестезія** — втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.

2. **Гіпостезія** — зниження здатності відчувати різні види подразнень.

3. **Гіперестезія** — підвищення здатності відчувати різні види подразнень.

4. **Парестезії** — проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін. Можуть виникати в різних частинах тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною.

2. Розлади сприймання

Із специфічних і патологічних змін сприймання виділяють такі.

1. **Ілюзії** — викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; різкий шум за дверима — як дзвінок у двері).

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії — запаху.

Часто трапляються *дотикові ілюзії*, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних).

Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості.

2. **Галюцинації** — сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта і в переважній більшості випадків супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

— *істинні* — людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);

— *псевдогалюцинації* — помилкові образи без проєкції зовні.

3. **Ейдектизм** — слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

4. **Сенестопатії** — різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи.

5. **Агнозії** — розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), є результатом відносно локальних органічних уражень тим'яно-потиличних зон: правої півкулі — розлади впізнавання зорових образів (невпізнання людей), лівої півкулі — розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів (О. Р. Лурія).

6. **Соматоагнозія** — розлад впізнавання частин власного тіла.

7. **Дереалізаційні розлади** — особливий вид розладів сприймання (психосенсорних розладів), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів. Серед них:

— *мікропсія* — розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів;

— *макропсія* — розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів;

- *дисмегалопсія* — розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі оточуючих предметів;
- *поропсія* — розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта.

8. **Деперсоналізація** — викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла.

Її різновид — синдром Аліси в країні чудес — характеризується поєднанням деперсоналізаційних розладів з явищами дереалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості. Можливе виникнення порушень сприймання (при цьому синдромі) у вигляді видовження, скорочення, відриву кінцівок.

9. **Прушення сприймання часу:**

- «*зупинка часу*» — відчуття того, що час ніби «зупинився», кольори у сприйманні хворого стають тьмяними, об'ємні предмети — плоскими; людина відчуває ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;
- «*розтягування часу*» — у відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле — кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;
- «*втрата відчуття часу*» — людина говорить: «часу ніби немає», «звільнився від тягаря часу». Це завжди супроводжується зміненням сприймання світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними;
- «*сповільнення часу*» — рухи людей сприймаються уповільненими, а їх обличчя — похмурими;
- «*прискорення часу*» — людині час здається швидкоплинним, зміненням видається весь оточуючий світ і власне «Я». Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчувають своє тіло. З помилками визначають час доби і тривалість подій;
- «*зворотне протікання часу*» — говорять: «час тече вниз», «час іде у зворотному напрямі», «я їду назад у часі». Груба помилковість відтворення давності уже пережитих подій (події, що відбулися хвилину-секунду тому, сприймаються як такі, що були давно-давно).

Такі розлади сприймання часу трапляються при ураженні правої півкулі головного мозку.

3. Розлади уваги

З патологічних проявів уваги слід вказати на такі: нестійкість, недостатня концентрація, порушення розподілу, уповільнення переключення, розсіяність.

Патологічні прояви уваги вивчені недостатньо, оскільки виділення в самостійний пізнавальний процес багато які дослідники ставлять під сумнів.

Трапляються такі види патології уваги.

1. **Слабкість активної уваги** (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) — характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астенічних станів. Досить помітно це при виконанні хворим тесту — віднімання від 100 по 7 чи 13. Вже після перших 2–3 правильних відповідей хворий починає помилятися, а після короткого відпочинку може знову давати правильні відповіді.

2. **Підвищена зосередженість уваги** — спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах.

3. **Відвертання уваги** — це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимо-вільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища.

У дитячій практиці виділяють **синдром дефіциту уваги**. Його ознаки:

- неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, корчаться, «звиваються»);
- неможливість спокійно сидіти на місці, коли це потрібно;
- легке відволікання на сторонні стимули;
- нетерплячість (ледве дочікується своєї черги під час ігор і різних ситуацій у колективі);
- схильність відповідати, не задумуючись, не вислухавши до кінця запитання;
- труднощі при виконанні запропонованих завдань (непов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою);
- труднощі підтримання уваги при виконанні завдань чи під час ігор;

- частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої;
- неможливість гратись тихо і спокійно;
- балакучість;
- схильність заважати іншим, «докучати» оточуючим (наприклад, втручатись в ігри інших дітей);
- зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення;
- схильність губити речі, необхідні в школі і вдома (наприклад, олівці, іграшки, книги і т.д.);
- часте здійснення небезпечних дій (недоврахування наслідків). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігас вулицю, не оглядаючись по сторонах).

4. Порушення пам'яті

Патопсихологічні мнестичні порушення лежать в основі багатьох психічних захворювань.

Виділяють такі розлади пам'яті:

1. **Амнезії** — розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію. Види амнезій:

- *ретроградна амнезія* — порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною;
- *антероградна амнезія* — труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості;
- *антероретроградна амнезія* — порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.

2. **Часткові порушення пам'яті** (порушення пам'яті часткового характеру):

- *гіпомнезія* — зниження пам'яті,
- *гіпермнезія* — підвищення пам'яті,

виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.

3. **Парамнезії:**

- *конфабуляції* — обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення вдуманих подій;
- *псевдоремінісценції* — порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;

— *криптомнезії* — розлади пам'яті, при яких людина при своєму чужі думки, дії собі.

Закон формування мнестичних розладів Рібо: порушення (втрата) пам'яті (як і її відновлення) відбувається у хронологічному порядку — спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні і недавні враження, потім — на старі. Відновлення відбувається у зворотному порядку.

За Р. Коннером, порушення пам'яті за причинами їх виникнення поділяються на:

1. ***Не викликані явними фізіологічними причинами — дисоціативні:***

— *дисоціативна амнезія* (нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, тобто люди страждають ретроградною амнезією, антероградна амнезія у них буває рідко);

— *дисоціативна fuga* (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і увияти себе новою особистістю), слідує зазвичай за сильним стресом, наприклад, воєнними діями чи стихійним лихом, хоча її може викликати і особистісний стрес — фінансові чи юридичні труднощі або депресивний епізод. Фуґи впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання. Пам'ять у більшості людей з дисоціативною фуґою відновлюється повністю чи майже повністю, і в них не буває рецидивів;

— *органічний дисоціативний розлад особистості* (у людини присутні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки один одного).

2. ***Фізіологічні причини їх виникнення*** очевидні — органічні.

Органічними причинами порушення пам'яті можуть бути: черепно-мозкові травми, органічні захворювання, неправильне застосування лікарських препаратів. Порушення пам'яті, спричинені фізіологічними причинами — *амнестичні розлади* (зачіпають головним чином пам'ять). Люди з амнестичними розладами іноді страждають ретроградною амнезією, але в них майже завжди відзначається *антероградна амнезія*.

Антероградна амнезія часто є наслідком ушкодження скроневих часток головного мозку або проміжного мозку — ділянок, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті у довготривалу.

За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво, а за проблеми, вирішені сьогодні, доводиться братися вже на наступний день.

Корсаківський амнестичний синдром — люди постійно забувають тільки що почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними. Характерні симптоми: затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. Спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок — нестачею вітаміну В₁ (тіаміну).

Примітка. У телешоу та кінофільмах удари по голові зображаються як швидкий спосіб втратити пам'ять. У дійсності після легких черепно-мозкових травм — стусу мозку, наприклад, який не призводить до втрати свідомості, — у людей рідко бувають великі провали в пам'яті, а ті, які все-таки з'являються, звичайно щезають через декілька днів чи місяців. І навпаки, майже половина усіх тяжких черепно-мозкових травм стає причиною хронічних проблем з научінням і пам'яттю як антероградною, так і ретроградною. Коли спогади нарешті повертаються, більш ранні, як правило, повертаються першими.

— *Деменції* (впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення).

Найпоширенішою формою деменції є *хвороба Альцгеймера* — зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити у середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей у віці 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. З посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі виконання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі.

Врешті-решт у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, більш віддалені в часі, у них часто стають дуже помітними зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати незвичайно агресивним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони відчувають якісь труднощі, але скоро стають тривожними і пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом. З розвитком деменції вони все менше усвідомлюють свої недоліки. На пізніх стадіях хвороби вони можуть відмовитись від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватись у часі і просторі, часто безцільно блукати і втрачати розсудливість. Поступово хворі стають повністю залежними від оточуючих людей. Можуть втратити майже всі

свої попередні знання і здатність впізнавати обличчя навіть близьких родичів. Все гірше сплять ночами і дрімають впродовж дня. Остання фаза розладу може тривати від двох до п'яти років, причому хворі потребують постійного догляду.

Жертви хвороби Альцгеймера звичайно залишаються у досить хорошому стані до пізніх стадій хвороби. Але з ослабленням їх психічних функцій вони стають менш активними і проводять більшу частину часу в сидячому положенні чи лежачи у ліжку. В результаті у них виникає схильність до різних захворювань, наприклад, до пневмонії, які можуть закінчитися смертю.

Більшість органічних розладів пам'яті зачіпають в основному декларативну пам'ять (пам'ять на імена, дати, якісь факти), ніж процедурну (засвоєні прийоми, які людина виконує, не відчувачи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

5. Розлади мислення

Б. В. Зейгарник поділяє усі порушення мислення на чотири групи.

1. **Порушення операційної сторони мислення:** це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування.

При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків. Проявляється резонерством.

2. **Порушення особистісного компоненту мислення:**

- різноплановість мислення,
- зниження критичності,
- зниження саморегуляції — означає втрату цілеспрямованості мислительного процесу.

3. **Порушення динаміки мислительної діяльності:**

- лабільність мислення — нестійкість способу виконання мислительних операцій, легкий перехід від одного до іншого;
- інертність мислення — тугість мислення, ригідність, труднощі переключення.

4. *Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності* — виражається у неможливості цілеспрямованої організації мислительних дій.

Мислення може порушуватись по-різному. За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявським, розлади мислення бувають формальними і продуктивними.

Формальні розлади мислення можна диференціювати за темпом, логічною стрункністю та цілеспрямованістю.

До розладів мислення **за темпом** відносять:

— *Прискорення мислення* — збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно — мови в певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідомо корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення у поєднанні з відверненням уваги проявляється у стрибанні ідей (*fuga idearum*), коли вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають з підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням.

— *«Стрибки ідей»* — максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу.

— *Уповільнення темпу мислення* — зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

— *Ментизм* — «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно і мимовільно.

— *Шпреррунг* — «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

До розладів мислення **за будовою** відносять:

— *Розірваність* — порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку; хворий проказує фразу граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній, наприклад, «машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби».

— *Зісковзування* — втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця.

— *Безладність* — порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях; це проявляється неупорядкованим поєднанням окремих слів «земля... чоботи... пішов дощ... вперед»; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості.

— *Інкогеренція* — порушується зв'язок між складами у словах.

— *Вербіґерація* — стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Порушення **цілеспрямованості** мислення:

— *Амбівалентність* — формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються.

— *Резонерство* — міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «Залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова «здорово», то я не вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваги і того, де вони стоять: якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там перебувати...».

— *Розважність мислення* — проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості деталей. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Розлади мислення **за продуктивністю**: характеризуються зміною мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої «продукції».

Серед продуктивних розладів мислення виділяють невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї.

— *Невідчепні (нав'язливі) ідеї* — думки, уявлення, спогади, що виникають попри волю людини і утримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично і бореться з ними. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.

— *Надцінні ідеї* (домінуючі) — ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючимие у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Вони посідають у свідомості і діяльності людини незаслужено велике місце. Надцінні ідеї супроводжуються високим емоційним напруженням і визначають напрям інших психічних процесів і поведінки. Саме інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї становить впевненість хворого, наприклад, у несправедливому ставленні до нього, утисканні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості та ін. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу, з часом вони самі згасають.

— *Маячні ідеї* — це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції (переконанню). При цьому у хворого відсутнє критичне ставлення до них. За своїм змістом маячні ідеї бувають найрізноманітнішими. Виділяють маячення значення, відношення, переслідування, збитків, самоприниження, ревнощів, величів, впливу та ін.

• Маячення значення: хворі стверджують, що багато з того, що діється довкола, має для них особливий зміст і особливе значення. Наприклад, зустрічний чоловік зняв бриля і оглянув його верх, а хворий це сприймає як те, що його власний головний убір заражений радіоактивними речовинами. Або вранці повз вікна пройшла машина з написом «Хліб», а для хворого це означає, що в цьому році буде неврожай і голод.

- Маячення відношення: хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті мають відношення до нього, випадкові жести зустрічного міліціонера вказують напрямок, куди хворому треба тікати, та ін.

- Маячення переслідування: хворі стверджують, що їх переслідують з наміром покарати, вбити, що вони є об'єктом спостереження органів міліції, рекетирів тощо.

- Маячення фізичного впливу: найчастіше стверджують, що існує група осіб, які діють секретними і часто магічними способами. Хворий впевнений, що перебуває під впливом апаратів, гіпнозу, космічних променів, радіаційно-променевих приладів. Ці прилади нібито вмонтовані в стіни, стелю, телевізор, радіоприймач або у внутрішні органи хворого, в зуби тощо.

- Маячення гіпнотичного впливу: хворі впевнені, що на них навіюють гіпноз, який керує їхніми діями, думками, викликає різні почуття, бажання, потяги.

- Маячні ідеї самозвинувачення: хворі звинувачують себе в нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.

- Іпохондричне маячення: стосується стану внутрішніх органів хворого — хвороби внутрішніх органів, ідеї неповноцінності всього органу чи окремих його частин, смерті організму чи органів. Хворі стверджують, що не мають шлунка, їжа кудись «провалюється», і тому в них немає випорожнень, їхні внутрішні органи давно згнили, немає дихання, пульсу, залишилась мертва шкіра; висловлюють ідеї ураження сифілісом, СНІДом та іншими тяжкими недугами, призначають дату своєї смерті. До цього виду маячення відносять також ідеї дисморфобії — зміни форми і величини тіла, частіше — обличчя. При цьому хворі не допускають навіть можливості помилкового твердження. Вони впевнені в тому, що в них змінюється обличчя, зменшуються розміри статевих органів, мимовільно виходять гази. Описаний випадок, коли хворий був упевнений у тому, що в нього росте ніс; він його вимірював щодня, а потім відрізав. Фоном для формування ідей іпохондричного маячення є знижений або тривожний настрій.

- Маячення ревнощів: головна тема — подружжя невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в тасмних зустрічах з коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи «доказів», такий хворий вимагає від

дружини зізнання у зраді, жорстоко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним з найбільш суспільно небезпечних.

Інші маячні ідеї, а саме: величі, могутності, багатства, винахідництва, відкриття, високого походження — виникають на фоні підвищеного настрою, самовдоволення.

- Маячення величі: найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Є правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих з прогресивним паралічем запевняв, що він флотоводець світу, командує усіма збройними силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері і може залишати людство без світла.

- Маячення багатства: хворий вважає, що у нього зібране усе золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим та ін.

- Марення винахідництва і відкриття: хворі «винаходять» різні машини, апарати, прилади, роблять «відкриття» в науці, техніці, різні «проекти» надсилають у науково-дослідні інститути, в Академію наук.

- Маячення високого походження: хворі впевнені, що їх батьки — відомі в країні політичні діячі, вчені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявським, маячення має такі властивості:

- 1) воно завжди є ознакою хвороби;
- 2) не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення;
- 3) у ньому присутня паралогічність — «крива логіка»;
- 4) виникає при ясній свідомості;
- 5) маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю;
- 6) виникають за достатнього інтелекту.

6. Розлади інтелекту

Інтелект — система усіх пізнавальних здібностей індивіда, і здатність до пізнання і вирішення проблем, що визначають успішність будь-якої діяльності.

Виділяють три форми інтелектуальної поведінки:

— вербальний інтелект — включає запас слів, ерудицію, вміння розуміти прочитане;

- здатність вирішувати проблеми;
- практичний інтелект, включає вміння адаптуватись до оточуючої обстановки; він найбільше може змінювати поведінку людини, порушувати адаптацію.

Виділяють три форми організації інтелекту:

- здоровий глузд (процес адекватного відображення реальної дійсності, що ґрунтується на аналізі мотивів поведінки оточуючих людей і використовує раціональний спосіб мислення; дозволяє уникати логічних помилок в інтерпретації зовнішніх ситуацій, обрати адекватний спосіб взаємодії з оточуючими);
- розсудок (спосіб діяльності, що базується на використанні формалізованих знань, трактуванні мотивів діяльності учасників комунікації);
- розум (найвищий ступінь логічності; сприяє формуванню теоретичних знань).

Для зручності практичного вивчення рівня розвитку інтелекту та його порушень у клінічній психології виділяють:

- 1) інвентар інтелекту — знання, надбані навички, уміння тощо;
- 2) передумови інтелекту — пам'ять, увага, мислення, мовлення, вольові процеси, мотивація тощо;
- 3) власне інтелект — здатність до узагальнення, абстрагування, міркування, думки, судження, здатність робити висновки тощо.

Розвиток інтелекту в цілому залежить від усіх його мозкових структур, біологічно закладених і набутих знань, умінь.

Порушення інтелекту

1. **Недорозвиток інтелекту** (загальний) — порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту, і насамперед, інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним. Приклад — олігофренія.

Олігофренія в перекладі з грецького (*oligo* — мало; *phren* — розум) означає недоумкуватість — стан психічного недорозвинення. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Мозок плода уражується при краснусі вагітних, при наявності у плода і відсутності у матері резус-фактора.

Для олігофренії характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні і вольові порушення. Інколи на фоні загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на

олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, робить складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші тощо.

За ступенем психічного недорозвинення виділяють три клінічні варіанти олігофренії:

— *ідіотія* — це найглибший ступінь психічного недорозвитку. Мова не розвивається, хворі видають лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють істинне від неістинного, нерідко пожадливі, неохайні. При великій схожості загальних ознак ідіотії виділяють два її різновиди:

- характеризується розгальмованістю моторних функцій — хворі постійно перебувають у русі, хапають речі, пхають їх до рота, зустрічаючи протидію, виявляють невдоволення, верещать, плюються, кусаються;

- характеризується протилежними ознаками: хворі малорухливі, більше лежать, довго сплять.

При менш глибокій ідіотії хворі впізнають родичів, виявляють ознаки прихильності, вимовляють окремі слова. Патолофізіологічні дослідження показали можливість умовнорефлекторної діяльності лише при легких ступенях ідіотії;

— *імбецильність* — середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їх мова хоч і дуже бідна, але послідовна. Їх вдасться навчити читанню, письму, елементарній лічбі, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Емоції при імбецильності одноманітні, часто примітивні — неадекватні;

— *дебільність* — це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності — нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним. Ці хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити. До 4–6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчать погано. У навчанні багато залежить від особливостей характеру. Старанні спокійні діти завдяки своїй посидючості під контролем батьків

задовільно вчать у нормальній школі, закінчують перші класи. Частіше, однак, вони неспроможні осмислити елементарний навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі.

Психічне недорозвинення при дебільності може мати різні ступені вираженості.

- *Виражена дебільність* — навчання грамоти дається з великими труднощами навіть у допоміжній школі. Трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштованими і забезпечені певним життєвим мінімумом. Вони легко піддаються чужим впливам, тому часто стають співучасниками кримінальних злочинів. В осіб з вираженим ступенем досить добра механічна пам'ять, але більш ретельне дослідження дозволяє виявити цілковиту нездатність до абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Перехід від простих, конкретних понять до складніших, абстрактних узагальнень у них неможливий. У процесі навчання виявляється відсутність ініціативи, самостійності, уповільненість, інертність.

- *Помірно виражена дебільність* — якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7–8 класів, навчаються у професійно-технічних училищах, засвоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу. У той самий час вони мають невеликий об'єм знань, нездатні користуватися складними поняттями, зрозуміти складне запитання. Вони мислять схемами-шаблонами, які засвоїли або в школі, або в процесі життя. Зміна звичного способу мислення для них неможлива. Переважає конкретний тип мислення, хоча дещо і менше, ніж при вираженій дебільності. Емоційно-вольова сфера при цьому розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Проте для них характерна слабкість самовладання і нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, деяка імпульсивність поведінки, піддатливість сторонньому впливові.

- *Легка дебільність* — виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які вимагають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеня абстрагування. Такі люди можуть мати середню освіту, кваліфіковану професію, але в них переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, відсутність оригінальності в оцінках зовнішніх подій, несамостійність.

2. **Частковий недорозвиток інтелекту** — недорозвинуті окремі ланки структури інтелекту. Наприклад: передумови (пам'ять, увага); порушена здібність до конструктивного мислення — через нестачу просторових уявлень — дискалькулія; мовні порушення — недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект).

3. **Деменція** — синдром недоумкуватості — стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Вона проявляється у послабленні пізнавальних процесів за рахунок зниження пам'яті, здатності до узагальнення, абстракції тощо. При цьому відбувається розлад особистості, втрата критичного сприйняття свого стану. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватись уже набутими.

4. **Органічний психосиндром (психоорганічний синдром)** — належить до зниження психічних процесів і властивостей особистості. Частково його можна розглядати також як розлад пам'яті та інтелекту. Трапляється при органічних захворюваннях (прогресуючого типу, або як наслідок органічного ураження головного мозку різного походження). Основні симптоми: зниження уваги, зниження інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій. У хворих утруднюється концентрація уваги на зовнішніх об'єктах, часто відволікаються. Дуже страждає пам'ять — як короткочасна, так і довготривала, особливо за пам'ятовування і репродукція. Темп мислення дуже уповільнений. Страждає критичність розуму, поняття дистанції, етичність поведінки, її мотивація. Дії та діяльність часто імпульсивні, мають місце розлади потягів тощо.

5. **Затримка психічного розвитку** (у дітей) — переважно мало знань, умінь, малий світогляд тощо (Мауглі). Основні ознаки ЗПР: збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан.

6. **Функціонально-динамічне страждання інтелекту** — наявні усі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

7. **Тимчасова втрата інтелекту** — синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку).

7. Порушення мовлення

Мовлення — це складна функціональна система, для формування якої потрібен своєчасний розвиток мозкових структур та їх узгоджена робота в поєднанні з умовами соціально-психологічного впливу на розвиток дитини.

Мова — це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем. Виділяють специфічні психологічні операції, які забезпечують засвоєння мови і навички її використання. Так, формування звукових образів слів пов'язане з розвитком здібностей розрізняти за звучанням складовий і фонематичний склад слова, запам'ятовувати певну послідовність фонем у словах та звукові образи слів. Неабияку роль у цьому відіграє і здатність мозкових механізмів аналізувати м'язові відчуття, які виникають при імітації дитиною окремих звуків і слів, а також зберігати їх (рухова пам'ять).

У формуванні мовленнєвої функціональної системи беруть участь мозкові анатомічні структури:

- акустичний аналізатор — зумовлює гнозис мовлення — впізнавання різних звуків та звукових рядків. Він розміщується у задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;
- кінестетичний аналізатор — відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної півкулі.

Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, які розміщені на межі аналізаторів, в основному це скронева та тім'яна частки.

В організації функції мовлення одночасно беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування. У дитячому віці, приблизно до 5 років, провідною в організації мовленнєвого процесу є права півкуля (Симерницька Е. Г.).

Вимовна частина мовлення також залежить від стану центральної та периферійної інервації органів мовлення (язика, піднебіння, губ, голосових зв'язок).

Функції мовлення:

- номінативна, змістова, позначальна — проявляється у віці до 7 місяців, у період немовляти; вона визначає розуміння дитиною значення вживання нею чи іншими людьми звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;
- комунікативна, регулююча — з'являється ще в перші місяці життя дитини — це реакція на голос матері — «ком-

плекс поживлення»; пов'язує дитину з оточуючим світом, живими істотами; її розвиток залежить від потреб дитини у спілкуванні, а мовлення стає одним із засобів реалізації цих потреб; у випадку відсутності потреби спілкування, дана функція мовлення не розвивається, чи формується із запізненням; оскільки комунікативна сфера тісно пов'язана із емоційно-вольовим розвитком дитини; тому мовлення як засіб спілкування має функції регулювання поведінки;

— ідеаторна (розумова) — розвивається пізніше, поряд з формуванням функції мислення.

Структура мовлення:

— фонетика — акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення;

— фонематика — фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовлення;

— граматики — устрій мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень);

— лексика — уся сукупність слів мови чи діалекту.

Виділяють такі порушення мовлення.

1. Порушення розвитку мовлення:

— *затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР)* — характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення відносно етапів його розвитку; виникає при депривації;

— *загальний недорозвиток мовлення* — зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора); має три рівні: 1 — зародки загальнозастосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи); 2 — більше слів, з'являються речення з неправильною граматичною структурою і спотвореною вимовою деяких звуків; 3 — страждає лексиграматична структура мовлення;

— *алалія* — характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів: 1 — алалія моторна — хворий розуміє мову, але не в змозі висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока); 2 — алалія сенсорна — не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке), 3 — сенсорно-моторна алалія — і те, і друге;

— *затримка мовленнєвого розвитку, в основі якої лежить вторинне недорозвинення мовлення*, спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір) або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).

2. Розпад мовлення:

— *афазія* — локальний розпад через ураження мовленнєвих та інших зон, причетних до формування та регуляції мовленнєвої функції. Характерна повна або часткова втрата мовлення. Залежно від місця локального ураження розрізняють:

- *моторна афазія* — характерна неспроможність до висловлення, побудови слів і речень (виражена апраксія), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення;

- *акустико-гностична афазія* — порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова, «Мовленнєва окрошка» — хворий шукає слова для висловлення думки;

- *акустико-мнестична афазія* — порушення розуміння мови, дисоціація між відносно збереженою здатністю повторення окремих слів і порушення можливості повторення 3—4 слів — втрачається можливість сприйняття складних фраз; порушення експресивного мовлення, підбору речень, порушення читання і письма;

- *семантична афазія* — виникають специфічні мнестичні розлади — не може підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно — порушення операцій лічби.

3. Порушення вимовної функції мовлення:

— *дизартрія* — це порушення вимовної сторони мовлення (звуковідтворюючої та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферійної інервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) — судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру;

— *дислалія* — порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена інервація мовленнєвого апарату.

4. Порушення ритму мовлення — заїкання — це порушення процесу мовлення: його темпу, ритму та комунікативної функції; переважно через судоми, які виникають в артикуляційному та дихальному апараті (тонічні заїкування — тягне звук, клонічні заїкування — «стрибає» звук).

5. Порушення комунікативної функції мовлення: недорозвинення комунікативної функції мовлення як засобу спілкування та організації поведінки дитини; розлад комунікативної функції мовлення — мутизм (повна німота).

8. Порушення емоційної сфери

Емоції (від лат. *emocere* — збуджувати, хвилювати) — переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе. Емоції належать до філогенетично найбільш ранніх форм відбиття об'єктивної реальності у структурі мозку (гіпоталамус) та у свідомості.

Одним з перших емоційних проявів було відчуття болю. У процесі еволюції, як відомо, емоційні прояви стали більш різноманітними і різнорівневими. У дорослої людини це уже абстраговані суб'єктивні переживання, що являють собою форму вищої психічної діяльності. Емоційні стани можуть бути спричинені як зовнішніми факторами (фізичними подразниками, міжособистісними стосунками тощо), так і внутрішніми (розлади гомеостазу, вегетативної нервової системи).

Залежно від інтенсивності емоцій виділяють:

— **настрій** — відносно стійкий емоційний стан. Формується під впливом різних сприйнять, вражень, інтероцептивних сигналів і становить головний емоційний фон. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження. Відповідно до цього визначають і *розлади настрою*:

1) **ейфорія** — підвищений настрій з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;

2) **дисфорія** — стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів;

3) **депресія** — пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців;

4) **емоційна лабільність** — коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану;

— **афект** — інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями. До **розладів афектів** відносять:

1. **Патологічний афект** — афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості,

значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією своєї поведінки після закінчення афекту. Характеризується також порушенням орієнтації, надмірною жестикуляцією, мовною розгальмованістю; закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою, не пам'ятає, що з нею відбулось, нерідко пригнічена.

2. **Страх** — стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій (страх проектується назовні — страх гострих предметів, тварин...).

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- адекватності;
- інтенсивності;
- тривалості;
- міри контрольованості людиною почуття страху.

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як **фобія**. Види фобій:

- **агарофобія** — страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані);
- **клаустрофобія** — страх закритих приміщень (що перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності);
- **соціофобії** — страхи, у яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час і т.д.;
- **нозофобії** — страхи захворіти на якісь недуги;
- **контрастні нав'язливості** — поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини, які вона може, але не хоче здійснити (страх врізатись на повному ході в натовп людей, які чекають автобуса, при явному усвідомленні згубності такої дії і небажанні її здійснювати).

3. **Тривогу** — стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно

зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проектується назовні — тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій і т.д.).

Інші розлади емоцій:

- **слабодухість** — підвищена виснажливість емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості;
- **неадекватність емоцій** — парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних — тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Ще називають *паратимією* — неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його спричинила;
- **апатія** — хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабо виражені. Поєднується із звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;
- **туга** — почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).
- **відчуття втрати почуттів** — переживання незворотної втрати можливості почувати;
- **амбівалентність** — одночасне співіснування протилежних почуттів;
- **алекситимія** — утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);
- **ангедонія** — втрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

1) **маніакальний синдром** — характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

2) **депресивний синдром** — тріада симптомів: настрій тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Розрізняють два **види недорозвитку емоцій**:

1) *загальний недорозвиток емоцій* — у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія), прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;

2) *парціальний недорозвиток емоцій* — синдром Каннера — дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мімічних ознак емоційних проявів).

9. Порушення волі

Людина з моменту народження постійно має різні потреби: спочатку найпростіші, а потім все більш різноманітні і складні, що мають значення не лише для підтримки гомеостазу, а й для самовизначення в умовах соціального середовища. Реалізація потреб здійснюється за допомогою мотивів та форм діяльності, спрямованих на задоволення потреб. Активна цілеспрямована психічна діяльність отримала назву «воля».

Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

- 1) виникнення потягу (спонукання);
- 2) постановка мети і мотивація;
- 3) завершення дії — здійснення мети.

Розлади волі проявляються у вигляді:

- **незрілості і недорозвитку волі** — некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);
- **надмірної активності**. Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву **гіпербулія**. Ця активність має однобічний характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакуністю;
- **послаблення активності** — **гіпобулія** — спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і насилу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку. Відсутність вольової активності — **абулія** часто поєднується з моторною

загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);

— **перекручення вольової активності** — **парабулія** — трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Проявляється *негативізмом* — безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; *амбітендентністю* — одночасно наявні активні дії та відмова від них; *імпульсивністю* — безмотивність дій і вольова некерованість;

— **розладів потягу**. Потяг визначається потребами, це складне явище, воно формується на основі безумовних рефлексів — інстинктів, які опосередковуються корою півкуль великого мозку і відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня.

Розлади потягу:

1. **Послаблення і посилення харчового потягу**. Зниження чи відсутність апетиту — *анорексія* (втрата бажання споживати їжу), відмова від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов'язана з наявністю у нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого. Підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду (*булімія*), а також багатоядністю (*поліфагія*).

2. **Послаблення і посилення статевого потягу**. Посилення статевого потягу (*гіперсексуальність*) часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку. Зниження статевого потягу (*гіпосексуальність*) буває при депресії, шизофренії, астеничних станах, неврозах.

3. **Перекручення потягу** — торкається різних інстинктів.

— *Розлад інстинкту самозбереження* — проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути неістівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів. Трапляється потяг до самогубства (суїцидоманія), до поїдання власних екскрементів (*копрофагія*).

— *Перекручення статевого потягу (перверзії)* — торкаються різних форм статевого життя. Найчастіше трапляються:

- гомосексуалізм — потяг до особи однойменної статі;

- трансвестизм — хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;
 - ексгібіціонізм — хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;
 - садизм — потяг завдавати статовому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;
 - мазохізм — бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;
- рідше трапляються:
- педофілія — статовий потяг до дітей;
 - некрофілія — статовий потяг до трупів;
 - зоофілія (скотолозтво) — статовий потяг до тварин;
 - фетишизм — статовий потяг до жіночого туалету.

4. **Імпульсивні потяг і дії** — виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає у протиріччя з усталеними міжособистісними і соціальними стосунками. Цим нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, втратою здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру. До імпульсивних дій відносять такі види потягу:

- *піроманія* — потяг до підпалів;
- *клеттоманія* — потяг до крадіжок без корисливої мети;
- *дромоманія* — потяг до бродяжництва.

— **Розлади психомоторики:**

- недорозвиток психомоторики;
- гіпокінезії — зменшення дій та довільних рухів;
- гіперкінезії — рухове збудження; ехопраксії — повторення рухів співрозмовника; ехолалії — повторення слів; ехомімії — копіювання міміки;
- паракінезії — спотворення рухів;
- гіперкінези — мимовільні рухи окремих м'язів або групи м'язів.

Розлад цілеспрямованості дій — диспраксія — спостерігається головним чином при органічних неврологічних захворюваннях, рідше — за деяких психічних розладів, в основному таких, які пов'язані з органічними ураженнями нервової системи. Більш легкий ступінь диспраксії — апраксія — втрата здатності здійснювати цілеспрямовані дії за збереження рухової і координаційної здатності. Трапляється за вогнищ уражень кори великих півкуль головного мозку і провідних шляхів мозолистого тіла.

Запитання для самоперевірки

1. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Назвіть основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Назвіть види галюцинацій.
6. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоagnoзій.
7. Назвіть і опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.
8. У чому полягає відмінність деперсоналізації від соматоagnoзії?
9. До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси у країні чудес?
10. Опишіть види порушень сприймання часу.
11. Назвіть та поясніть види патології уваги.
12. Чим можна пояснити те, що на сьогодні патологічні прояви уваги вивчені недостатньо?
13. Опишіть синдром дефіциту уваги.
14. Назвіть основні розлади пам'яті.
15. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
16. Поясніть суть часткових порушень пам'яті.
17. Опишіть види парамнезій.
18. У чому полягає закон формування мнестичних розладів Рібо?
19. Які види розладів пам'яті можна виділити за причинами їх виникнення?
20. Опишіть види дисоціативних розладів пам'яті.
21. Опишіть порушення пам'яті, викликані фізіологічними причинами.
22. Чим відрізняються деменції від амнестичних розладів?
23. Які групи порушень мислення виділяє Б. В. Зейгарник?
24. Опишіть суть формальних розладів мислення.
25. Опишіть суть розладів мислення за продуктивністю.
26. До якої групи розладів мислення належать амбівалентність, ре-зонерство, розважність мислення?
27. Наведіть приклади маячних ідей.
28. Опишіть види розладів інтелекту.
29. Охарактеризуйте клінічні варіанти олігофренії.
30. Назвіть основні порушення мовлення.
31. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
32. Охарактеризуйте розпад мовлення.
33. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
34. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
35. Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.
36. Перелічіть види розладів емоцій.
37. Поясніть, що таке фобія. Опишіть види фобій.
38. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.
39. Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.
40. Назвіть та опишіть розлади волі.
41. Опишіть розлади потягу.
42. Охарактеризуйте розлади психомоторики.

Тема 4

РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ

1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості

Свідомість — інтегрована сфера психічної діяльності; є вищою формою відображення дійсності, способом ставлення до об'єктивних закономірностей.

Вважають, що свідомість володіє такими характеристиками: уява і рефлексія.

Свідомість людини оцінюється на основі:

- усвідомлення нею себе (власної особистості) — ідентифікації;
- усвідомлення простору і часу, у якому в даний момент вона існує (характеристика патології свідомості виходить саме з даної ознаки).

Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) є істотною ознакою психічної норми. Багато психічних захворювань можуть порушувати процес самоусвідомлення і приводити до того, що людина усвідомлює себе множинною.

К. Ясперс (німецький психіатр) протиставляв усвідомлення власного «Я» предметній свідомості і виділив чотири формальних ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної патології:

- 1) почуття діяльності — усвідомлення себе в якості активної істоти;
- 2) усвідомлення власної єдності у кожен момент часу;
- 3) усвідомлення власної ідентичності;
- 4) усвідомлення того, що «Я» відрізняється від решти світу, від усього, що не є «Я».

Вслід за К. Ясперсом за критерії затьмареної свідомості беруть:

- 1) дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- 3) різні міри незв'язності мислення;
- 4) труднощі в спогадах (відтворенні) подій, що відбуваються, і суб'єктивні хворобливі явища.

Для визначення стану затьмареної свідомості вирішальне значення має встановлення сукупності усіх вказаних ознак.

1. Характеристика основних станів порушеної свідомості

Розлади свідомості:

а) *приглушений стан свідомості.*

Трапляється при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах. Характеризується різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій. Хворі відповідають на запитання ніби «спросоння», складний зміст запитання не осмислюється. Відзначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий. Дуже легко настає дрімота. Орієнтування в оточуючому неповне чи відсутнє. Триває від кількох хвилин до кількох днів (при травмах, інфекціях, отруєннях); при пухлинах мозку може тривати значно довше.

Легкий ступінь оглушення має назву *обнубіляції* свідомості; стан, при якому можливі лише відповіді тільки на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій — повертання голови, рухи кінцівок — *сонор*; стан, при якому втрачаються функції усіх аналізаторів і відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються неврологічні рефлексии, — *кома*.

б) *деліріозне затьмарення свідомості.*

Різко відрізняється від приглушеного стану свідомості. Орієнтування в оточуючому теж порушене, однак воно полягає не в послабленні, а в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають. Виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація в часі і просторі.

На фоні деліріозного стану свідомості виникають деколи перехідні, деколи більш стійкі ілюзії і галюцинації, ідеї маячення. На відміну від хворих, які перебувають у приглушеному стані свідомості, хворі у делірії говоріть.

При наростанні делірію обмани відчуттів стають сценopodobними: міміка нагадує глядача, який слідкує за сценою. Вираз обличчя стає то тривожним, то радісним, міміка виражає то страх, то допитливість. Нерідко в стані делірію хворі стають збудженими. Як правило, вночі деліріозний стан підсилюється. Спостерігається в основному у хворих з органічними ураженнями головного мозку після травм, інфекцій.

Тривалість делірію — від кількох годин до 3–5 діб. Усе, що хворий переживає у стані делірію, досить добре зберігається у його пам'яті. Художники, які перенесли делірій, після нього добре відтворюють галюцинації в малюнках.

в) онейроїдний (сновидний) стан свідомості.

Характеризується дивовижною сумішню відображення реально-го світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості. Хворі здійснюють міжпланетні подорожі, «виявляються серед жителів Марсу»; часто трапляється фантастика з характером величезності: хворі присутні «при загибелі міста», бачать, «як руйнуються будівлі», «провальоється метро», «розколюється земна куля, розпадається і носить кусками в космічному просторі».

Іноді хворий може зупинити фантазування, але непомітно для нього у свідомості знову починають виникати такого роду фантазії, у яких спливає, по-новому формуючись, весь попередній досвід, усе, що він бачив, чув, читав.

Одночасно хворий може стверджувати, що він перебуває у психіатричній лікарні, що з ним розмовляє лікар. Виявляється співіснування реального і фантастичного.

Онейроїдна свідомість характеризується глибоким розладом самосвідомості. Хворі виявляються не лише дезорієнтованими, у них також відзначається фантастична інтерпретація оточуючого.

Якщо при делірії відбувається відтворення деяких елементів, окремих фрагментів реальних подій, то при онейроїді хворі нічого не пам'ятають з того, що відбулось у реальній ситуації, вони згадують іноді лише зміст своїх маячень.

Буває при інфекційних захворюваннях, травмах голови, нападоподібній шизофренії.

г) сутінковий стан свідомості.

Суть проявляється в образному порівнянні із сутінками, коли коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене, уривчасте. Внаслідок цього виникає обмеженість та неповнота інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення. Порушується властиве нормальному мисленню опосередковування ситуації, блокується співвідносність теперішнього з минулим досвідом: усе знайоме сприймається як уперше, побачене уявляється незнайомим. Поведінка втрачає цілеспрямованість.

Під час сутінкового стану свідомості хворі зберігають можливість виконання автоматичних звичних дій (наприклад, якщо в

поле зору такого хворого потрапляє ніж, то хворий починає здійснювати звичну з ним дію — різати, незалежно від того, перед ним хліб, папір чи людська рука).

Часто сутінковий стан свідомості супроводжується галюцинаціями, ідеями маячення. Під впливом маячення і напруженого афекту хворі можуть здійснювати небезпечні вчинки.

Сутінковий стан свідомості, який протікає без маячення, галюцинацій, зміни емоцій, має назву «амбулаторного автоматизму» (мимовільне блукання). Хворі, які страждають цим розладом, вийшовши з дому з певною метою, можуть раптом незрозумілим для себе чином опинитися в іншому кінці міста. Під час цієї невідомої мандрівки вони механічно переходять вулиці, їдуть у транспорті і створюють враження заглиблених у свої думки людей.

Характеризується раптовим настанням, нетривалістю і раптовим припиненням, внаслідок чого його називають транзиторним, тобто перехідним. Виникає при епілепсії, черепно-мозкових травмах, при судинних захворюваннях головного мозку. Триває від декількох хвилин до кількох днів.

Приступ сутінкового стану свідомості закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном. Характерна риса — наступна амнезія (спогади про період затьмарення повністю відсутні).

Розлади самосвідомості:

а) псевдодеменція.

Може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і за реактивних станів, характеризується розладами судження, які гостро настають, а також інтелектуально-мнестичними розладами. Хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків утруднене, часом можна помітити ілюзорні обманні сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм.

Хворі апатичні, емоційні прояви бідні, недиференційовані. Поведінка нерідко нагадує навмисне дитячу. Так, грамотний хворий для того, щоб відповісти на запитання, скільки у нього пальців на ногах, знімає шкарпетки, щоб порахувати їх.

б) деперсоналізація.

Своєрідна форма порушення самопізнання. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла» — порушення відображення в нашій

свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Такі порушення можуть виникнути за різних захворювань — епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм.

Запитання для самоперевірки

- 1. На основі яких характеристик оцінюється свідомість людини?*
- 2. Порушення яких ознак самосвідомості веде до психічної патології?*
- 3. Що є критеріями порушеної свідомості за К. Ясперсом?*
- 4. Назвіть стани порушеної свідомості.*
- 5. Охарактеризуйте приглушений стан свідомості.*
- 6. Охарактеризуйте делірій.*
- 7. Охарактеризуйте оеніроїдний стан свідомості.*
- 8. Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.*
- 9. Назвіть розлади самосвідомості.*
- 10. Охарактеризуйте псевдодеменцію.*
- 11. Охарактеризуйте деперсоналізацію.*

Тема 5

РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

1. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів

Ускладнення мотивів, їх опосередкованість та ієрархічна побудова починається у дитини вже у дошкільному віці і відбувається далі протягом усього життя: мотиви втрачають свій безпосередній характер, починають опосередковуватися свідомо поставленою метою, відбувається підпорядкування одних мотивів іншими.

Наприклад: бажання оволодіти якоюсь професією як загальний мотив поведінки включає у себе цілу низку часткових: оволодіти потрібними знаннями, засвоїти певні навички та ін.

Кожна з цих цілей, у свою чергу, розбивається в реальній діяльності на низку дрібніших, які і визначають у кожному конкретному випадку поведінку людини. Тому діяльність людини відповідає завжди не одній, а декільком потребам і відповідно спонукається декількома мотивами. Однак у конкретній діяльності можна виділити провідний мотив. Саме він надає усій поведінці певного сенсу.

Наявність провідних мотивів не усуває необхідності мотивів додаткових, що безпосередньо стимулюють поведінку. Однак без провідних мотивів зміст діяльності позбавляється особистісного сенсу. Саме цей провідний мотив забезпечує можливість опосередкування та ієрархії мотивів. Ієрархія мотивів є відносно стійкою і цим обумовлює відносну стійкість усієї особистості, її інтересів, позицій, цінностей.

Аналізуючи історії психічних хвороб, за яких спостерігається порушення особистості, можна виділити два питання:

- формування патологічно зміненої потреби;
- порушення ієрархії мотивів.

Приклад формування патологічно зміненої потреби.

Вживання алкоголю не входить до природних потреб людини і саме по собі не має спонукальної сили. Тому спочатку його вживання викликається іншими мотивами (відзначити день народження, весілля). Спочатку вживання алкоголю викликає підвищений настрій, активність, стан сп'яніння притягує багатьох і як засіб полегшення контактів. З часом може з'явитись прагнення

знову і знову відчуті цей приємний стан: воно може почати опредметнюватись в алкоголі і людину починають приваблювати вже не самі по собі події (святкування, зустріч друзів тощо), а можливість вживання алкоголю. Алкоголь стає самостійним мотивом поведінки, він починає спонукати самостійну діяльність, і тоді вже самі події стають приводом. Відбувається той процес, який О. М. Леонтєв називає «зсув мотиву на мету», формується новий мотив, який спонукає до нової діяльності, а відповідно, і нова потреба (в алкоголі).

Зсув мотиву на мету тягне за собою усвідомлення цього мотиву, оскільки щодо діяльності мотив відіграє смислотвірну роль. Прийняття алкоголю набуває певного особистісного смислу. Таким чином, механізм зародження патологічної потреби спільний з механізмом її утворення в нормі. Але хвороба створює інші, ніж у нормальному розвитку, умови для подальшого її формування.

Залежно від того, що спонукає людину, будуються її інтереси, переживання і прагнення — зміни в змісті потреб означають і зміни будови особистості людини.

У хворих змінюється не лише зміст потреб і мотивів, змінюється їхня структура: вони стають все менш опосередкованими.

Лише в тому випадку, коли потреба стає опосередкованою (свідомо поставленою метою), можливо свідомо управляти нею. У хворих, у яких немає можливості опосередкування свідомою метою, потреби некеровані — вони набувають будови потягів.

Опосередкованість потреб, мотивів пов'язана з їхньою ієрархічною побудовою. Чим більше опосередкований характер мотивів і потреб, тим більше виражений їхній ієрархічний зв'язок. Якщо мотиви ієрархічно побудовані, то не відбувається жорсткої фіксації на засобі задоволення потреби.

Приклад (продовження). Під впливом алкоголізму у хворих порушується попередня ієрархія мотивів. Деколи у хворих з'являється бажання працювати, прагнення до спілкування зі старими друзями, хворий здійснює якісь рухи, керуючись попередньою ієрархією мотивів, але усі ці спонукання не стійкі. Головним мотивом, що спрямовує діяльність хворого, стає задоволення потреби в алкоголі. Перебудова ієрархії мотивів хворих особливо яскраво проявляється у способі задоволення потреби в алкоголі і способі знаходження засобів для її задоволення.

Починає виділятися ланцюг допоміжних дій. На їх виконання з часом іде уся свідома активність хворого. У них відображається нове ставлення до оточуючого світу; це веде до нових оцінок ситуацій, людей. З часом усі проблеми починають вирішуватися

через алкоголь, з його допомогою, і алкоголь стає смислотвірним мотивом поведінки.

У міру того, як у ході хвороби алкоголь стає сенсом життя, попередні установки, інтереси відходять на задній план. Робота перестає цікавити хворих — вона потрібна лише як джерело грошей. Сім'я з об'єкту турбот стає гальмом на шляху задоволення пристрасті. Таким чином поступово порушується попередня ієрархія потреб, мотивів і цінностей, що склалися до хвороби, і формування взамін її нової ієрархії. Руйнуються вищі потреби і установки особистості. Звужується коло інтересів, втрачаються соціальні зв'язки із світом. Змінюються мотиви особистості.

Зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості означає втрату складної організації діяльності людини. Діяльність втрачає специфічно людську характеристику: з опосередкованої вона стає імпульсивною. Щезають дальні мотиви, потреба в алкоголі переходить у потяг, який стає домінуючим у житті хворого.

2. Порушення смислоутворення

Мотиви мають спонукальну та смислотвірну функції, які не завжди піддаються розрізненню. Нерідко буває так, що людина усвідомлює мотив, заради якого дія повинна здійснитися, але цей мотив залишається знаним і не спонукає до дії. Л. І. Божович та її співробітники показали, що таке явище часто трапляється в дітей молодшого шкільного віку. Наприклад, дитина може знати, що для оволодіння майбутньою професією треба добре вчитись, але, не дивлячись на це розуміння, мотив до навчання не має достатньої спонукальної сили і доводиться підключати якісь додаткові мотиви.

Саме це злиття обох функцій мотиву — спонукальної і смислотвірної — надає діяльності людини характеру свідомо регульованої діяльності. Послаблення і викривлення цих функцій — смислотвірної і спонукальної — призводить до порушень діяльності.

Це виражається в одних випадках у тому, що смислотвірна функція мотиву послаблюється, мотив перетворюється на лише знаний. Так, хворий знає, що до близьких треба добре ставитись, але при цьому він принижує свою матір.

В інших випадках виступає звуження кола смислових утворень: мотив, зберігаючи до певної міри спонукальну силу, надає смислу відносно меншому колу явищ, ніж до захворювання. В результаті багато з того, що раніше мало для хворого особисті-

сний смисл (наприклад, навчання, дружба, робота, ставлення до батьків і т.д.), поступово втрачає його. В результаті втрачається і спонукальна сила мотиву.

3. Порушення підконтрольності поведінки

Порушення підконтрольності, критичності поведінки — один з найбільш яскравих проявів порушення особистості. Воно може набувати різних форм і виступати:

- у структурі різних процесів: мислення, сприйняття (Е. А. Єв-
лахова, Б. В. Зейгарник);
- у неправильній оцінці своєї особистості, своїх дій (Б. В. Зей-
гарник, С. Я. Рубінштейн);
- у некритичності до своїх психопатичних переживань.

І. І. Кожуховська показала своїми дослідженнями, що яких би форм не приймала некритичність, вона означає порушення діяль-
ності в цілому. Критичність утворює «вершину особистісних яко-
стей людини». Прийоми, спрямовані на вивчення критичності, є
найбільш адекватними для аналізу особистісних особливостей.

Некритичність може змінювати діяльність хворого по-
різному: деякі з них можуть стати розгальмованими, в інших
втрачає контролю своїх дій приводить до бездіяльності.

Запитання для самоперевірки

- 1. Назвіть види порушень особистості.*
- 2. У чому проявляється порушення опосередкованості та ієрархії
мотивів?*
- 3. Що таке провідний мотив? Яка його роль?*
- 4. У чому полягає значення додаткових мотивів?*
- 5. Поясніть, як може формуватися патологічно змінена потреба.*
- 6. Що веде за собою зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості?*
- 7. Які функції виконують мотиви?*
- 8. До чого веде послаблення і викривлення функцій мотиву?*
- 9. Поясніть суть порушення смислоутворення як розладу особистості.*
- 10. У чому проявляється порушення підконтрольності поведінки?*

Тема 6

ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК ЯК ФАКТОР ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

1. Поняття про девіантну поведінку

Девіантна поведінка — система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятним у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді:

- незбалансованості психічних процесів;
- не адаптивності;
- порушенні процесу само актуалізації;
- у вигляді ухиляння від морального та естетичного контролю за власною поведінкою.

Для того щоб оцінити девіантну поведінку людини, необхідно проаналізувати її взаємодію з реальністю, оскільки головний принцип (адаптивність) виходить з пристосування до чогось чи когось, тобто реального оточення.

Способи взаємодії індивіда з реальністю

1. *Пристосування* — обирає гармонійна людина (гармонійна людина може обирати і спосіб втечі від реальності, коли реальність може бути негармонійною, наприклад: добровільне пристосування до умов авторитарного режиму, поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можуть розглядатись як гармонійні).

2. *Боротьба (протидія)* — індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Людина переконана, що усі проблеми, з якими вона стикається, зумовлені факторами дійсності, і єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю, спроба переробити реальність під себе чи максимально витягти вигоду з поведінки, що порушує норми суспільства.

Тому відповідно зі сторони суспільства виникає також протидія, вигнання чи спроба змінити індивіда, підлаштувати його під вимоги реальності. Протидія реальності трапляється при кримінальній та делінквентній поведінці.

3. *Хворобливе протистояння* — зумовлене ознаками психічної патології і психопатологічними розладами (зокрема, невротичними), при яких навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним викривленням його сприймання і розуміння. Симптоми психічного захворювання порушують можливість адекватно

оцінювати мотиви вчинків оточуючих і внаслідок цього — ефективна взаємодія з оточенням стає ускладненою. Якщо при протистоянні реальності здорова людина усвідомлено обирає шлях боротьби з дійсністю, то при хворобливому протистоянні у психічно хворої людини такий спосіб є єдиним і вимушеним.

4. *Втеча від реальності* — її свідомо чи несвідомо обирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї. Вони можуть також орієнтуватись на небажання пристосуватись до дійсності, «яка не заслуговує того, щоб до неї пристосовувались» через недосконалість, консерватизм, одноманітність, пригнічення екзистенційних цінностей чи відверто антигуманну діяльність.

5. *Ігнорування* — проявляється в автономізації життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимог і норм реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі. При цьому не відбувається ні зіткнення, ні протидії, ні втечі від реальності. Кожен існує ніби сам по собі. Такий варіант взаємодії з реальності — рідкість, трапляється лише у невеликої кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері.

Щоб оцінити типи девіантної поведінки, треба знати, від яких саме норм суспільства вони можуть відхилятися.

Норми: правові, моральні, естетичні, норми сексуальної поведінки. *Норма* — це явище групової свідомості у вигляді уявлень, що поділяються групою, і найбільш частих суджень членів групи про вимоги до поведінки з врахуванням їх соціальних ролей, які створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють і, відображаючи, формують його (К. К. Платонов).

2. Типи девіантної поведінки

Залежно від способів взаємодії з реальністю і порушення тих чи інших норм суспільства **девіантна поведінка поділяється на п'ять типів:**

1 — *делінквентна* — девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання. Характерна для людей:

- з нестійким внутрішнім світом; людина здійснює злочин під впливом обставин, що склалися, чи оточуючих осіб;
- з високим рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушників правових норм;
- можуть лише випадково вчинити злочин.

У цих людей у межах вольової свідомої дії в силу індивідуально-психологічних особливостей порушується чи блокується

процес передбачення майбутнього результату делікту (проступку) — не має істотної суспільної небезпеки.

У таких людей сила спонукального мотиву гальмує аналіз негативних його наслідків. Часто делінквентні дії опосередковуються ситуаційно-імпульсивними чи афективними мотивами. Ці мотиви реалізуються без етапу попереднього планування і вибору адекватних об'єктів, цілей, способів і програми дії для задоволення актуальної потреби.

Делінквентна поведінка може проявитися, зокрема, в бешкетництві і бажанні порозважатись (наприклад, підліток з цікавості і за компанію може кидати з балкону важкі предмети чи їжу в перехожих, отримуючи задоволення від точності попадання в «жертву»; людина може зателефонувати в диспетчерську аеропорту і попередити про нібито закладену в літаку бомбу; щоб привернути до себе увагу, молодий чоловік може спробувати залізти на телевізійну башту).

2 — *адиктивна поведінка* — одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Основний мотив особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, — активна зміна психічного стану, що не задовольняє їх і розглядається ними як «сірий», «нудний», «монотонний», «апатичний».

Такій людині не вдається виявити в реальній дійсності якісь сфери діяльності, здатні привабити надовго її увагу, захопити, викликати якусь істотну і виражену емоційну реакцію.

Життя їй бачиться нецікавим через його буденність і одноманітність. Людина не сприймає того, що вважається в суспільстві нормальним: необхідності щось робити, чимось займатись, дотримуватися прийнятих у сім'ї чи суспільстві традицій і норм.

Адиктивна активність має вибірковий характер — у тих сферах життя, які хоч на якийсь час, але приносять людині задоволення і виривають її із світу емоційної нечутливості (стагнації), вона може проявити велику активність для досягнення мети.

Особливості людей з адиктивними формами поведінки:

- знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд з хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;

- зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- прагнення до втечі від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Передбачуваність, заданість власної долі — дратуючий момент адиктивної особистості. Кризові ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і вираженими афектами є для них тим ґрунтом, на якому вони набувають впевненості у собі, самоповаги, відчуття переваги над іншими. Відзначається феномен «спраги гострих відчуттів» (В. А. Петровський).

Е. Берн виділив шість типів голоду, які є в людині:

- за сенсорною стимуляцією;
- за визнанням;
- за контактом і фізичним прогладжуванням;
- сексуальний;
- структурний, або за структуруванням часу;
- за інцидентами.

У межах адиктивного типу виділені типи загострюються — людина не знаходить задоволення відчуття голоду в реальному житті і прагне зняти дискомфорт і незадоволення реальністю, стимуляцією тих чи інших видів діяльності. Вона намагається досягти підвищеного рівня сенсорної стимуляції (відає перевагу інтенсивним впливам, голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), визнання неординарністю вчинків (в тому числі сексуальних), наповненістю часу подіями.

Погана витривалість до труднощів повсякденного життя і догортання у непристосованості і відсутності життєлюбства зі сторони близьких формують в адиктивних особистостей прихований «комплекс неповноцінності» — вони страждають, що відрізняються від інших, що нездатні «жити як люди». Цей комплекс повертається гіперкомпенсаторною реакцією — від заниженої самооцінки людина переходить відразу до завищеної (обминаючи адекватну); з'являється відчуття переваги над іншими, це захисна психологічна функція, що сприяє підтриманню самоповаги у несприятливих мікросоціальних умовах (наприклад, за конфронтації з сім'єю чи колективом).

На адиктивну людину діє великий вплив соціуму, їй доводиться підлаштовуватись під норми суспільства, вона навчається формаль-

но виконувати ті соціальні ролі, які їй нав'язуються суспільством (зразкового сина, уважного співрозмовника, порядного колеги).

Зовнішня соціабельність, легкість налагодження емоційних контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою і повер-хневістю емоційних зв'язків.

Така людина боїться стійких і тривалих емоційних контактів через швидку втрату інтересу до однієї й тієї самої людини чи виду діяльності, через страх відповідальності за якусь справу (наприклад, мотивом поведінки «закоренілого холостяка», коли переважають адиктивні форми поведінки, може бути страх відповідальності за можливу дружину і дітей та залежності від них).

Намагаючись приховати власний «комплекс неповноцінності», людина проявляє прагнення говорити неправду, обманювати оточуючих, звинувачувати інших у власних помилках і промахах.

Однією з основних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до втечі від реальності.

«Втеча» полягає в тому, що взамін гармонійної взаємодії з усіма аспектами дійсності відбувається активація в якомусь одному напрямі; при цьому людина зосереджується на вузько спрямованій сфері діяльності (часто негармонійній і такій, що руйнує особистість), ігноруючи решту.

Н. Пезешкіан виділяє чотири види «втечі» від реальності:

- «втеча в тіло» — переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіперкомпенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами («параноя здоров'я»), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку і способами розслаблення;
- «втеча в роботу» — дисгармонійна фіксація на службових справах;
- «втеча в контакти чи самотність» — спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, заміщуючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;
- «втеча в фантазії» — схильність до роздумів і відсутність бажання щось утілювати в життя.

3 — *патохарактерологічний тип девіантної поведінки* — поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розладами особистості (психопатії), явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості.

Дисгармонійність рис характеру призводить до того, що змінюється уся структура психічної діяльності людини.

Найбільш характерні мотиви:

- прагнення до реалізації неадекватно завищеного рівня домагань;
- тенденція до домінування і володарювання;
- впертість;
- образливість;
- нетерплячість до протидії;
- схильність до самозвинувачення і пошуків приводів для розрядки афективного напруження;
- егоцентризм;
- жага визнання;
- завищена самооцінка;
- прагнення маніпулювати оточуючими і контролювати їх (оточення розглядається лише як засіб, що повинен служити задоволенню потреб даної людини).

За невротичного розвитку особистості девіації проявляються у вигляді невротичних нав'язливостей та ритуалів, які пронизують усю життєдіяльність людини та мають за мету зняти стан емоційного напруження і тривоги (наприклад, людина з нав'язливими ритуалами може довго і на збитки своїм планам здійснювати стереотипні дії: відкривати і закривати двері, певну кількість разів пропускати тролейбус, що підходить до зупинки).

4 — *психопатологічний тип девіантної поведінки* — ґрунтується на психопатологічних симптомах чи синдромах, що є проявами тих чи інших психічних захворювань. Як правило, мотиви поведінки психічно хворого залишаються незрозумілими до тих пір, поки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів.

Людина може проявляти девіантну поведінку через:

- порушення сприймання — галюцинації чи ілюзії (наприклад, закривати чимось вуха, до чогось прислухатись, шукати неіснуючий об'єкт, розмовляти із собою),
- порушення мислення (наприклад, висловлює, відстоює і намагається досягти поставленої мети на основі неадекватного тлумачення дійсності, активно обмежувати сфери свого спілкування з оточуючим світом через нав'язливі ідеї і страхи),
- порушення вольової активності (здійснює нерозумні і незрозумілі вчинки чи місяцями бездіє, здійснює стереотипні рухи чи надовго застигає в одноманітній позі).

Різновидом патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки є саморуйнівна (аутодеструктивна)

поведінка — система вчинків людини, спрямована не на розвиток і особистісне зростання, і не на гармонійну взаємодію з реальністю, а на деструкцію особистості.

Агресія спрямовується на себе, дійсність розглядається як щось опозиційне, що не дає можливості повноцінно жити і задовольняти наявні потреби.

Аутодеструкція проявляється у вигляді суїцидальної та парасуїцидальної поведінки, наркотизації й алкоголізації, інших видів девіацій.

Мотиви саморуйнівної поведінки:

- адикції, нездатність поратись з буденним життям;
- патологічні зміни характеру;
- психопатологічні симптоми і синдроми.

5 — девіації, зумовлені гіперздібностями людини — людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту, геніальності у якійсь одній з діяльностей людини).

Відхилення в бік обдарованості в одній сфері часто супроводжується девіаціями у повсякденному житті. Така людина часто виявляється непридатною до «побутового, приземленого» життя. Вона нездатна правильно розуміти і оцінювати вчинки та поведінку інших людей, виявляється наївною, залежною і неготовою до труднощів повсякденного життя.

Якщо при делінквентній поведінці спостерігається протиборство з реальністю, при адиктивній — втеча від реальності, при патохарактерологічному і психопатологічному — хворобливе протистояння, то при поведінці, пов'язаній з гіперздібностями, — ігнорування реальності.

Людина існує в дійсності («тут і тепер») і одночасно ніби живе у власній реальності, не роздумуючи про необхідність «об'єктивної дійсності», у якій діють інші оточуючі люди.

Вона розцінює звичайний світ як щось малозначуще, неістотне і тому не бере ніякої участі у взаємодії з ним, не виробляє стилю емоційного ставлення до вчинків інших, приймає будь-яку подію відсторонено.

Вимушені контакти сприймаються як необов'язкові, тимчасові, а не як значущі для її особистісного розвитку.

Зовні в повсякденному житті вчинки такої людини можуть бути дивакуватими (наприклад, вона може не знати, як користуються побутовими приладами, як здійснюються побутові дії; весь ін-

терес зосереджений на діяльності, пов'язаній з неординарними здібностями).

Тип девіантної поведінки детермінує форму її виявлення (одна форма може зумовлюватися різними типами).

3. Причини формування девіантної поведінки

За С. М. Зінченко, в основі формування девіантної поведінки лежить взаємодія біологічних чинників та факторів навколишнього середовища.

Біологічні фактори ризику: генетичний ризик (при цьому не доведено, що існує пряма залежність передачі девіантної поведінки через ген, мається на увазі передача конституційно-типологічних рис), гормональні фактори (наприклад, андрогени статевих залоз хлопчиків-підлітків пов'язані з агресивною поведінкою), нейрохімічні чинники, нейрофізіологічна реактивність.

Соціальні стресові фактори: сімейні фактори (психічні захворювання батьків, алкоголізм, наркоманії; стійкі та тяжкі проблеми у стосунках між батьками, а також жорстокість та занедбаність; імпульсивно-агресивний стиль поведінки в родині), вплив малої референтної групи, особливо з асоціальними формами поведінки, економічні негаразди, проблема зайнятості тощо.

При цьому наявність названих чинників не обов'язково приводить до формування девіантної поведінки. Так, підліток може і відійти від попередньої девіантної поведінки, що може бути пов'язане з позитивним впливом значущих для нього людей, зміною товариства, вибором позитивного партнерства, високим інтелектом, здатністю до постійного затримування у школі, на роботі тощо.

4. Форми вияву девіантної поведінки

Девіантна поведінка, за С. М. Зінченко, має такі форми вияву:

— *Агресія* — фізична або вербальна поведінка, спрямована на завдання шкоди кому-небудь. Може виявлятися у прямій формі (людина виказує погрози або виявляє агресію в дії) та непрямій (виявляє негативне ставлення до іншої людини з особистою неприязню). Види агресивних дій: фізична агресія (напад); непрямая агресія (злісні плітки, крики, тупотіння ногами тощо); схильність до виявлення негативних реакцій за будь-яких обставин; негати-

візм (опозиційна лінія поведінки від пасивності до боротьби); образа, ненависть до навколишніх людей (усі погані, усі винуваті); вербальна агресія (крики, загроза, прокляття, лайка).

— *Аутоагресія* — агресія, спрямована на себе (фізична і вербальна). Форми аутоагресії: суїцидальна поведінка (самогубство) і самоушкодження. Виділяють три основних види суїцидальної поведінки: «аномічна» (пов'язана із кризовими ситуаціями у житті людини, її особистими трагедіями), «альтруїстична» (виконується самогубство заради блага інших), «еґоїстична» (обумовлена конфліктом, який формується у зв'язку з неприпадністю для конкретного індивіда соціальних умов або соціальних норм поведінки суспільства). Виділяють два види самоушкодження або парасуїцидальних дій: мотивовані дії з метою виводу себе зі стану емоційної нечутливості шляхом гострих афективно-шочових відчуттів; немотивовані дії — імпульсивні дії, пов'язані з блокадою захисних реакцій хворобою. Суїцидальні та парасуїцидальні дії можуть зумовлюватися такими психопатичними синдромами: депресивним, іпохондричним, дисморфобічним, вербальним імперативним галюцинозом, маяченням (ці хворобливі прояви поведінки спонукають людину до суїцидальних дій або самоушкоджень).

— *Зловживання речовинами, які зумовлюють стани зміненої психічної діяльності* (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія).

— *Порушення їстівної поведінки* (переїдання, голодування). Під їстівною поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип споживання їжі у щоденних умовах та в стані стресу, орієнтацію на образ свого тіла та діяльність з його формування. Для порушень їстівної поведінки характерні заклопотаність контролем за масою власного тіла, спотворення його образу, зміна місця їжі в ієрархії цінностей. Основними клінічними формами порушення їстівної поведінки є *нервова анорексія*, *нервова булімія*. Ознаки нервової анорексії: відмова від їжі, пов'язана з незадоволенням індивіда своїм зовнішнім виглядом, ідеєю своєї надмірної повноти, неадекватним сприйняттям «образу свого тіла», орієнтацією на свою особисту думку або уявлення референтної групи щодо краси тіла. Різновиди анорексії: 1) нервова анорексія в нормі — слідкування за масою тіла для досягнення модних стандартів; 2) синдром дисморфобії або дисморфоманії — надцінна ідея своєї повноти; 3) нервова анорексія малят (в основі лежить немотивоване зниження апетиту

внаслідок гіпоталамічної недостатності або наявності несприятливої для малечі ситуації споживання їжі). Нервова булімія — це напади переїдання, що виникають періодично, неможливість навіть короткий час бути без їжі та надмірна занепокоєність контролем за масою свого тіла. Ознаки нервової булімії: постійне занепокоєння їжею і потяг до їжі навіть в умовах відчуття ситості, спроба протидіяти ожирінню різними способами, нав'язливий страх ожиріння. Булімія буває при синдромах тривоги та стресових станах, при адиктивній поведінці (відбувається відхід від реального світу у світ «істинного»).

— *Аномалії сексуальної поведінки* (девіації і перверзії). **Сексуальні девіації** (відхилення) — це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. При цьому діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці людини дуже складні та суперечливі. **Сексуальні перверзії** або *парафілії* — це сексуальні відхилення, які не відповідають критеріям сексуальної норми, спотворюють її за морально-етичними нормами і законами суспільства та кваліфікуються як правопорушення або злочини. Розрізняють явні девіації та приховані. За векторами сексуальної орієнтації можна виділити такі форми девіацій сексуальної поведінки.

1. За вектором інтенсивності фідії (сила лібідо):

• *Гіперсексуальність* — це одна з базових характеристик, які сприяють формуванню різних сексуальних девіацій та перверзій. Вона характеризується значним підвищенням цінності сексуального життя для людини і витісненням інших цінностей. При цьому гіперсексуальність стає не стільки засобом для досягнення задоволення, а й самоціллю. З'являються різні форми, що відхиляються від норм права, моралі та естетики сексуальної поведінки: секс як пиха, як розвага, як спорт. Відомо, що в рамках гармонійності метою людини при сексуальних контактах є, як правило, задоволення комунікативної потреби, а мотивом — інтерес, альтруїзм тощо. При гіперсексуальності такі цілі і мотиви відходять на другий план, а на перший виходить егоїстичний мотив. При девіантній гіперсексуальності людина використовує статевий контакт не для отримання взаємного сексуального задоволення, а швидше, для себе — здійснюється сексуальний контакт без врахування згоди партнера — за кількістю, тривалістю, часом, місцем та формою реалізації. При цьому можуть використовуватись засоби сексуального контакту з приниженням партнера, залякуванням його тощо.

Гіперсексуальність може проявлятися як сексуальна взаємодія з метою поставити рекорд за кількістю партнерів або за тривалістю статевого акту — формується сексуальна поведінка за типом проміскуїтету (безладні статеві зв'язки). Нерідко в таких випадках у суб'єкта з'являється нав'язливий або надцінний характер поведінки в пошуках об'єкта сексуальної взаємодії, і партнер може знецінюватись до рівня «персоніфікуючого збуджуючого об'єкта». Може бути у формі фантазій.

Гіперсексуальна поведінка може бути або варіантом аддиктивної поведінки або психопатичних розладів. Її різновид — провокуюча поведінка без прагнення до статевого контакту (інколи буває при імпотенції, як надцінна ідея за неможливості її реалізації).

• *Асексуальна поведінка* — людина знижує значущість і цінність сексуального життя або відкидає її суттєвість повністю і виключає із свого життя дії, спрямовані на сексуальні контакти. Асексуальність — біологічна (імпотенція, хромосомні розлади) та психологічна (імпотенція), або при шизоїдній та астенічній (залежні) акцентуаціях.

2. За вектором спрямованості — партнерства. Вибір сексуального партнера в нормі здійснюється із врахуванням вікового фактору. При цьому адекватною для дорослої людини є спрямованість на особу близької до її вікової групи. Вибір може бути зумовлений, а з одного — естетичними критеріями, при яких норма оцінюється на основі моральних установок суспільства у віковій різниці партнера, з іншого боку, характеристикою зрілості. Виділяють такі основні форми сексуальних перверзій, діагностика яких ґрунтується на невідповідності вікової спрямованості потягу:

• *Педофілія* — це спрямованість сексуального потягу і еротичного задоволення дорослої людини до дитини. Форми педофільних контактів різні — від коїтальних до ексгібіціонізму та петтінгу. Цей різновид може бути при патохарактерологічному та психопатологічному відхиленнях поведінки, а також при адиктивному типі — прагнення отримати яскраві, нові переживання.

• *Ефедофілія* — потяг до підлітків. Мотив — «незайманість» підлітка, відсутність сексуального досвіду. Входять у структуру усіх видів девіантної поведінки.

• *Геронтофілія* — це сексуальний потяг до партнера похилого віку, при цьому старече тіло відіграє роль своєрідного фетиша. Буває при органічній деменції, алкоголізмі, психопатіях.

3. За вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії.

• *Зоофілія* — сексуальний потяг до тварин (собак, свиней, коней тощо). При цьому тварина розглядається людиною із зоофільною орієнтацією як така, що замінює сексуальний об'єкт. При цьому використовується коїтальний генітально-анальний контакт чоловіка чи жінки із твариною. Найчастіше це буває при акцентуаціях шизоїдного типу, інколи астенічного, при невдалій спробі сексуального контакту гетерогенної спрямованості.

• *Некрофілія* — сексуальний потяг, або швидше реалізація його при використанні мертвого тіла (у моргах — олігофрени, алкоголіки, психопати).

• *Фетишизм* — одна з найбільш поширених девіацій або перверзій, яка характеризується заміщенням об'єкта або суб'єкта сексуального потягу яким-небудь символом (частиною його одягу, особистим предметом, фотокарткою), який стає достатнім для здійснення сексуального збудження і оргазму. Проявляється при патохарактерологічних рисах характеру та психопатіях.

• *Нарцицизм (аутоеротизм)* — спрямованість сексуального потягу на себе, це самозакоханість, завищена самооцінка, підвищений інтерес до своєї зовнішності, своїх статевих органів, сексуальності. Нерідко в таких осіб виявляються істероїдні риси характеру.

4. Вектор засобу реалізації потягу. Найвідоміші яскраві приклади таких перверзій — садизм, мазохізм, садомазохізм. Вони дуже близькі за сексуальною девіацією, тому що мають витоки з гіперрольової поведінки (маскулінної або фемінної) і включають здобуття сексуальної насолоди з насильством і агресією, спрямованою на себе або на партнера, чи на обох.

• *Садистська поведінка* — проявляється у прагненні отримати сексуальне задоволення шляхом нанесення больової або психологічної агресивної дії. Така поведінка допомагає знайти найвище органістичне задоволення. Це реалізація потреби людини у володарюванні, домінуванні в житті, чого їй не завжди вдається досягти іншим способом. При *мазохізмі* відбувається зворотний процес — людина прагне бути приналежною, що призводить до оргазму. Іноді в людини можуть бути два протилежних спрямування — садомазохізм.

• *Ексігібіціонізм* — досягнення сексуального задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів або свого сексуального життя. Суть ексгібіціонізму — це гіперкомпенсаторне переборювання відчуття сорому у зв'язку з демонстрацією своїх статевих органів для зняття емоційного та сексуального збудження. Різновид — кандаулезизм — демонстрація голої партнерки. Відомо,

що ексгібіціонізм частіше буває у людей з нав'язливими страхами, при маніакальному синдромі.

- *Вуайеризм* — форма девіантної сексуальної поведінки, при якій сексуальну насолоду людина отримує при підгляданні (або підслуховуванні) за роздягненими людьми або статевими актами (секс по телефону).

- *Мастурбація, онанізм* — це самореалізація статевого потягу через стимуляцію своїх статевих органів різними способами. Може бути у дітей, підлітків, людей різного віку, коли реалізація сексуального потягу з якихось причин не можлива нормальним способом.

5. Вектор тілесного образу. Особливу групу сексуальних девіацій або уподобань становлять нетрадиційна гетеросексуальна орієнтація та порушення ідентифікації із своєю статтю. До цієї групи належать:

- *Гомосексуалізм* — сексуальна орієнтація людини спрямована на осіб своєї статі без суттєвої зміни ідентифікації із своєю статтю.

- *Трансвестизм подвійної ролі* — носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання більш постійної зміни статі чи хірургічної корекції.

- *Транссексуалізм* — суттєво порушується ідентифікація із своєю статтю, людина усвідомлює себе представником іншої статі внаслідок чого вибирає відповідний спосіб та манеру поведінки, яка активно спрямована на гормональну або хірургічну зміну статі з метою зняття внутрішнього конфлікту та дискомфорту, що зумовлений невідповідністю усвідомлення своєї статевої ролі і зовнішньо нав'язаним їй стереотипом поведінки. Механізми формування різні: біологічні (хромосомні) та психологічні.

До сексуальних злочинів належать такі види сексуальних парафілій: згвалтування, сексуальний садизм, сексуальне вбивство, інцест, інцестне згвалтування, а також педофілія та ефедофілія, геронтофілія, ексгібіціонізм та інші форми перверзій.

Внаслідок сексуальних злочинів у випадку виживання потерпілих серйозну проблему становлять їх соматичні та психічні порушення (тілесні ушкодження різної тяжкості, дефлорація, вагітність, венеричні захворювання, СНІД; психічні травми можуть призвести до розвитку неврозу, афективної шокової реакції, психогенної депресії; у сексуальному плані з'являються сексуальна гіпостезія та аноргазмія, койтофобія, вагінізм, сексуальна аверсія). Такі наслідки сексуальних злочинів потребують психотерапевтичної корекції, яку слід проводити як систему заходів за до-

помогою сучасних методів психотерапії, адекватних до порушень, що виникли у потерпілих.

— *Надцінні психологічні захоплення* («трудоголізм», гемблінг, колекціонування, «параноя здоров'я», фанатизм — релігійний, спортивний, музичний тощо). Усі характеристики захоплення посилюються до гротеску. Об'єкт захоплення або надцінної діяльності стає визначальним вектором поведінки людини, який відсуває на другий план або повністю блокує іншу діяльність. Ознаки надцінних захоплень психологічного рівня: глибока і довготривала зосередженість на об'єкті захоплення; пристрасне емоційно насичене ставлення до об'єкта захоплення; втрата відчуття контролю за часом, який відводиться на це; ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення; поява відчуття дискомфорту при втраті можливостей реалізувати своє захоплення. Ознаки окремих надцінних психологічних захоплень: 1) *трудоголізм* — передбачас втечу людини від реальності у сферу діяльності і досягнень, при цьому захопленням стає робота або інша діяльність, де людина хоче досягнути великих успіхів; 2) *гемблінг* — надцінне захоплення азартними іграми, коли людина повністю присвячує себе грі, виключаючи іншу діяльність; 3) *фанатизм* — захоплення якою-небудь діяльністю у крайньому ступені вираження із формуванням культу та повною йому підлеглистю людини, її індивідуальності; 4) *«параноя здоров'я»* — захоплення оздоровчими вправами, коли усі засоби досягнення здоров'я переходять у самоціль, і людина від цього отримує задоволення; 5) *колекціонування* — колекціонування без визначеної мети та змісту цього захоплення.

— *Надцінні психопатологічні захоплення* («філософічна інтоксикація», сутяжництво і кверулянство і т.ін). Синдром «філософічної інтоксикації» трапляється у підлітків у нормі як складова частина психологічного підліткового комплексу і в патології при шизофренії. При цьому людина має підвищений інтерес до філософських умовиводів, постійну потребу аналізу навколишніх ситуацій, що не завжди зрозуміло для інших людей. Сутяжництво і кверулянство — це потяг писати нарікання та скарги до різних інстанцій. Кверулянт — це людина із підвищеним почуттям справедливості, яка бажає добитись правди навіть у незначному, але вона не розуміє реальних негативних фактів та свого хибного засобу боротьби із ними.

— *Розлади потягів* (клептоманія, дромоманія, піроманія) — здатні призвести до внутрішньої дезорганізації особистості, а та-

кож до суттєвих зовнішніх проявів дисгармонії. Відмінність понять «захоплення» («увлечение») та «потяги» («влечения») полягають у тому, що захоплення характеризуються усвідомленням мети та мотиву, їх динаміка безперервна і вони можуть з'являтися після складної боротьби мотивів. Потяги ж виникають імпульсивно, без мети та мотиву, періодично, при цьому свідомість у цей час звужена і спрямована на реалізацію цього потягу. До порушень поведінки, яка спричиняються розладами потягів належать: *клеттоманія* — тяжке непереборне прагнення індивіда скоїти крадіжку; *дромоманія* — тяжке непереборне прагнення індивіда до бродяжництва; *піроманія* — тяжке непереборне прагнення індивіда до скоєння підпалів.

— *Патологічні звичні дії і дійства* (яктація, оніхофагія, смокнення пальця, трихотиломанія). *Яктація* — це розгойдування головою або усім тулубом, що спостерігається у розумово-відсталих людей, при афективно-шоківій реакції після стресу, у маленьких дітей у стані психологічної депривації. *Оніхофагія* — обкусування та жування нігтів, що може спостерігатись у стані наявної або прихованої тривоги. *Дерматоманія, трихотилломанія* — нав'язливе чи неподоланне прагнення людини до ушкодження своєї шкіри або волосяного покриву на голові, віях, бровах тощо.

— *Характерологічні і патохарактерологічні реакції* (емансипації, групування, опозиції, компенсації, гіперкомпенсації тощо).

— *Комунікативні девіації* (аутизація, гіперкомунікативність, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка та ін.). Можуть стосуватись тільки спілкування, котре, як відомо, має у своєму складі потреби, мотиви до спілкування та засоби спілкування (мовлення, жести, рухи, міміка з емоційними реакціями тощо). Тому розлади комунікативної сфери залежать від того, що порушується у людини: потреби і мотиви чи засоби спілкування.

Розглядають такі основні форми *комунікативних девіацій*.

1. Вроджені комунікативні девіації (вади).

• *Недорозвиток потреб і засобів спілкування* — трапляється при розумовій відсталості і характеризується недорозвитком усіх сфер психіки, у тому числі й комунікативної. При цьому у розумово відсталій людини виявляється недорозвиток потреб у спілкуванні, що призводить до унеможливлення формування вищих мотивів спілкування, їх недостатнього рівня і спрямованості. Олігофрен не розуміє, навіщо йому потрібне спілкування, і використовує його для реалізації своїх нижчих потреб, часто фізіологічного напрямку. Крім

того, має місце і недорозвиток засобів спілкування (мовлення, рухів, емоційних реакцій). Рівень недорозвитку комунікацій збігається із загальним рівнем недорозвитку психіки.

• *Частковий недорозвиток комунікацій і спілкування* стосується, насамперед, недорозвитку засобів спілкування. Так, у дітей із загальним недорозвитком мовлення блокується один із засобів спілкування, що обмежує реалізацію їх потреби у спілкуванні та комунікаціях. Але така дитина знаходить альтернативні засоби спілкування — жести, міміку, рухи та пропонує «свою мову». При цьому, може порушуватись правильне і своєчасне за віком та змістом формування мотивів спілкування, що часто спричинює вторинні невротичні розлади у дитини.

• *Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування* — *ранній дитячий аутизм (РДА)*, був описаний австрійським психологом і психіатром Каннером у 1943 р. Клінічні прояви РДА:

а) первинний аутизм — відсутність потреб у контакті із людьми та живими істотами;

б) порушення соціальної перцепції — неприйняття себе як особистості (до 5 років не диференціює своє «Я»), не помічає і не контактує із живим світом, а спілкується і виявляє інтерес тільки до неживих предметів;

в) своєрідний недорозвиток комунікативної функції мовлення — пізня її реалізація, переважає монологічна мова, а діалогічна виявляється тільки у 4–5 років, називає себе на своє ім'я, «він», а не «Я», характерна неправильна граматична побудова речень;

г) спотворення і недорозвиток емоцій — дитина не виражає своїх емоційних реакцій — «обличчя принца»;

г) «симптом тотожності» — предметний світ повинен бути таким, як завжди, а при його зміні виникає незворотній страх;

д) негативізм, який виникає при зміні життєвого стереотипу (їжа, помешкання), а також при спробі нав'язати дитині контакт (стають рухливо збудженими, кричать, полишають свої навички самообслуговування та загальмовують сечовиділення або акт дефекації; в цілому поведінка стає схожою на поведінку розумово відсталого дитини);

е) рівень розвитку когнітивної сфери не завжди можна визначити, особливо у спілкуванні, але в них розвинутий пошуково-дослідницький рефлекс.

Такі діти дуже рано спроможні зробити усякі справи, розбирати і правильно збирати іграшки, побутову апаратуру.

Вступати у контакт з такою дитиною слід, не нав'язуючи їй свого спілкування: не дивитись на неї, не торкатись, краще відго-

родитись папером, дощечкою, контактувати через дзеркало. Такі діти краще себе почувають в «обмеженому стінами» просторі. Корекція цього виду комунікативної девіації довготривала, індивідуальна і дуже складна, має свої особливі методи і техніки.

2. Набуті комунікативні девіації.

- *Тотальний розпад психіки і з цієї причини — порушення комунікації людини.* Втрачаються потреби та мотиви спілкування, а із засобів — зникає мовлення, залишаються тільки емоційні недиференційовані реакції нижчого рівня, які вказують на фізичні потреби організму людини.

- *Психогенно-зумовлені комунікативні девіації.* Психогенний ступор — тотальне загальмування моторних, вольових, емоційних, когнітивних та комунікативних функцій психіки людини, яке з'являється під впливом стресової ситуації і проявляється у повній нерухомості, без жодної відповіді на спроби спілкування з цією людиною. Частіше це відбувається у формі істеричного ступору.

- *Часткове психогенно-зумовлене порушення засобів спілкування, а саме, реалізації мовлення — емоціогенний аутизм (мовчання).* Внаслідок стресової ситуації або під впливом несприятливої та значущої для людини ситуації порушується спроможність висловлювати свої думки — невротичний «злам» комунікативної функції мовлення. Людина, частіше дитина, не може говорити у тій ситуації, яка спричинює стрес. При цьому емоціогенний аутизм може бути вибірковим до значущої ситуації або тотальним, загальним і проявляється у будь-якій ситуації.

- *Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани.* Парраутистична реакція — проявляється в тому, що людина під впливом психотравмуючої ситуації або штучного обмеження контактів втрачає потреби у спілкуванні через спотворення мотивів комунікацій. При цьому вторинно блокуються засоби спілкування — мовлення, міміка, рухи. Реакція пасивного протесту теж призводить до обмеження комунікацій. При депресивному стані в основі загальмування потреби у спілкуванні лежить розлад емоцій — депресія.

— *Аморальна поведінка.* Аморальною називають поведінку, що проявляється у вигляді дій та діяльності, результати яких об'єктивно суперечать моральним нормам незалежно від оцінки їх особистістю, яка їх чинить.

— *Неестетична поведінка.* Це поведінка людини, яка не наслідую законів прекрасного, духовного тощо. У патології така по-

ведінка може траплятись у дементних хворих або в олігофренів. Таку ж поведінку можуть демонструвати люди із протестними реакціями тощо.

Запитання для самоперевірки

1. Дайте визначення девіантної поведінки.
2. На основі чого оцінюють девіантну поведінку?
3. опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.
4. Назвіть типи девіантної поведінки.
5. опишіть суть делінквентної поведінки.
6. Дайте визначення адиктивної поведінки.
7. Поясніть причини виникнення адиктивної поведінки.
8. опишіть людину, схильну до адиктивної поведінки.
9. Як проявляється патохарактерологічний тип девіантної поведінки?
10. Чим зумовлений патохарактерологічний тип девіантної поведінки?
11. Чим відрізняється психопатологічний тип девіантної поведінки від патохарактерологічного?
12. Як проявляється психопатологічний тип девіантної поведінки?
13. Різновидом якого типу девіантної поведінки є аутодеструктивна поведінка?
14. Як проявляються девіації, зумовлені гіперздібностями людини?
15. Назвіть причини формування девіантної поведінки.
16. Перелічіть форми вияву девіантної поведінки.
17. опишіть порушення істивної поведінки.
18. Охарактеризуйте аномалії сексуальної поведінки. Вкажіть, за якими векторами сексуальної орієнтації виділяють девіації сексуальної поведінки.
19. опишіть девіації сексуальної поведінки за вектором інтенсивності Фідії.
20. опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості — партерства.
21. опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт.
22. опишіть різні види перверзій за вектором засобу реалізації потягу.
23. опишіть різні види перверзій за вектором тілесного образу.
24. Які парафілії відносять до сексуальних злочинів?
25. У чому суть надцінних психологічних захоплень?
26. Назвіть надцінні психопатологічні захоплення.
27. У чому проявляються розлади потягів?
28. Поясніть суть комунікативних девіацій.
29. Назвіть патологічні звичні дії і дійства, що є формою прояву девіантної поведінки.
30. Назвіть патохарактерологічні реакції, що є формою прояву девіантної поведінки.

Тема 7

**ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ
НЕМОВЛЯТ, ДІТЕЙ РАНЬОГО, ДОШКІЛЬНОГО
ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Нині більшість психологів приймають таку вікову періодизацію:

- період новонародженості — до 1 місяця;
- період немовляти — 1–12 місяців;
- період раннього дитинства — 1–3 роки;
- дошкільний період — 4–5 років;
- молодший шкільний вік — 6–10 років;
- підлітковий період — 11–15 років;
- рання юність — 16–18 років;
- пізня юність — 19–20 років;
- молодість (рання зрілість) — 21–34 років;
- зрілість — 35–59 років;
- перша старість (похилий вік) — 60–74 років;
- старість (старечий вік) — 75–90 років;
- довгожителство — понад 90 років.

Кожен з вікових періодів має свої специфічні параметри норми і аномалії, у кожному з них можлива ретардація чи пришвидшення розвитку, поява рис, властивих іншим віковим періодам, а також типові характерологічні реакції і психосоматичні взаємовпливи.

**1. Психічні особливості та порушення у період
новонародженості, немовляти і раннього дитинства**

Психічні особливості (в нормі) дітей цього віку.

У період новонародженості дитина особливо чутлива до мовлення дорослого і готовності до спілкування. Почуття задоволення дитина проявляє емоційною реакцією — мімікою, жестами,

вокалізацією. Позитивна емоційна реакція на людину, частіше маму, виникає раніше, ніж на фізичні об'єкти. Це явище було позначене як «комплекс пожвавлення». До кінця 1-го місяця у відповідь на лагідний вираз обличчя дорослої людини у дитини починає з'являтися усмішка — перший соціальний жест, психічне новоутворення, що означає перехід від періоду новонародженості до періоду немовляти.

На третьому місяці життя немовляти «комплекс пожвавлення» оформляється в цілісну систему, що включає в себе додатково рухове пожвавлення і вокалізацію. Комплекс пожвавлення виконує соціальну функцію спілкування. Сенсорна та емоційна психічна депривація, особливо протягом першого півріччя, навіть за умови повноцінного догляду за дитиною може призвести до затримки її психічного, а нерідко — і моторного розвитку.

До кінця періоду немовляти з'являється здатність до розуміння людського мовлення, починають вимовлятися перші самостійні слова, немовля оволодіває найпростішими предметними діями. Провідного значення в психічному розвитку дитини набуває задоволення її нових потреб — у спілкуванні з людьми, нових враженнях.

Вік немовляти закінчується кризою першого року життя, зумовленою становленням ходьби і мовлення. У цей період для немовляти бувають характерними акти протесту, опозиції, протиставлення себе іншим, у деяких випадках — «істерики», афективно-респіраторні судоми, напади.

Становлення ходи знаменує собою період раннього дитинства (1–3 роки). Соціальне середовище розвитку характеризується тим, що дитині стає доступним оточуючий її світ речей і предметів, які її притягують чи відштовхують. Поведінка дитини характеризується єдністю моторних і сенсорних функцій (до усього, що вона бачить, їй треба торкнутись руками) і недостатньою диференційованістю афектів і сприйняття. Провідна діяльність дитини цього віку — предметно-маніпулятивна; дитина засвоює функції предметів і речей: м'яч вона котить, машинку штовхає, лялька або ходить або кладеться на ліжко. З'являється розуміння, що кожна річ має своє ім'я, своє призначення. Якщо для немовляти оточуючий світ — фон, то словесне сприйняття дитини («А що це?», «Як це називається?») дозволяє структурувати зовнішній світ. Відбувається виділення фігури з фону.

Будучи провідною для дитини, предметна діяльність сприяє розвитку пізнавальних процесів. Зароджується наочно-дійове мислення, формуються загальні поняття. Активно розвивається

мовлення: росте словниковий запас, з'являються слова-речення, вони змінюються двослівними реченнями. До трьох років дитина оволодіває граматику, майже усіма відмінками і предметними відношеннями.

Предметна діяльність призводить до зміни і в мотиваційній сфері: відбувається поступова зміна афективних вчинків контрольованими. Поступово до трьох років формуються більш витончені емоції. Важливим новоутворенням у цьому віці є усвідомлення власного «Я», виділення себе з навколишнього світу, що супроводжується прагненням до самостійності: «Я сам», «Я хочу» і найбільш яскраво проявляється у кризі трьох років. Основні її прояви: негативізм, строптивість, свавілля (знецінювання, пониження цінностей, деспотизм, ревнощі). Міра вираженості кризи трьох років залежить від того, наскільки дорослі враховують ситуацію розвитку, що змінилась. Якщо вони продовжують обмежувати самостійність дитини, її свободу, ініціативу, то виникає свосерідний бунт — протест, що свідчить про необхідність корекції виховних заходів зі сторони дорослих.

До порушень психічного розвитку у період новонародженості, віку немовляти та раннього дитинства належать:

- прояви вродженої невропатії;
- прояви аутичних розладів;
- гіпердинамічні розлади.

При *невропатії* характерні: підвищена дратівливість і збудливість, капризність, нестійкість настрою, швидка виснажуваність, виражена полохливість, порушення сну і соматовегетативні симптоми (зригування, блювання, запори, порушення апетиту, вибіркковість харчування, обмороки).

Прояви аутичних розладів характеризуються вираженою недостатністю чи повною відсутністю потреби у контакті з оточуючими, емоційною холодністю чи байдужістю до близьких, страхом новизни, будь-якої зміни в оточуючій обстановці; хворобливою прихильністю до рутинного порядку, одноманітної поведінки зі схильністю до стереотипних рухів, розладами мовлення, іноді до повної «мовленнєвої блокади». Першою ознакою раннього дитячого аутизму часто виступає відсутність властивого здоровим дітям «комплексу пожвавлення», а потім порушення здатності диференціювати людей і неживі предмети, небажання вступати у контакт, беземоційністю чи паратиміями (неадекват-

ними афективними реакціями) у поєднанні зі страхом новизни. У ранньому дитинстві до перелічених клінічних проявів додаються одноманітні маніпуляції з предметами замість ігор, використання нетрадиційних для ігрової діяльності предметів. Типовими є й порушення психомоторики у вигляді неспіврозмірності довільних рухів, неповороткості, відсутності дружніх рухів, розлади мовлення (від відсутності до переважаючого «автономного мовлення» — розмови із самою собою).

Гіпердинамічні розлади — проявляються руховою розгальмованістю, непосидючістю та іншими ознаками гіперактивності у поєднанні з порушеннями уваги (деколи їх позначають «синдром дефіциту уваги»).

Психосоматичні розлади — характерні для дітей періоду новонародженості, немовляти і раннього дитинства:

- колика немовляти, або «колики тримісячного» — напади, що супроводжуються фізичним болем і емоційною реакцією на нього у вигляді голосного крику в дитини віком 3–4 місяців, що виникають, як правило, у другій половині дня і тривають від декількох хвилин до декількох годин;
- аерофагія — заковтування великої кількості повітря дитьми, які жадібно смочуть, з наступним голосним звуком виривання повітря назовні (відрижка);
- зригування — виділення невеликих кількостей їжі, яка потрапила під час годування, що пов'язане з процесом надмірно жадібного заковтування їжі, швидкого смоктання;
- анорексія — характеризується втратою потягу до їжі і негативізом при годуванні. Значущим є психогенний фактор у вигляді неправильного виховання (наприклад, відрив від матері);
- викривлення апетиту (симптом Піка) звичайно розвивається на 2–3 році життя і характеризується вживанням у їжу неїстівних речовин (вугілля, глини, паперу), що може бути пов'язане із відстороненням дітей при неправильному типі виховання;
- жвачка (мерицизм) — проявляється у вигляді повторного пережовування їжі після того, як проковтнута і перетравлена їжа відрігається;
- зміни маси тіла (недостатнє додавання чи надмірне) — характерне для невропатичних реакцій при депривації;
- закреп (констипація) — може бути пов'язаний із емоційними порушеннями, що проявляються депресією, і порушен-

- нями комунікації з формуванням нав'язливого страху перед дефекацією через хворобливість акту чи підвищену сором'язливість дитини (у нових умовах чи поза домом);
- енурез (нетримання сечі) та енкопрез (нетримання калу) — у вигляді мимовільного виділення сечі, калу до відповідної обстановки — зумовлені невропатичними розладами.

2. Психічні особливості та психічні порушення у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку

Соціальна ситуація розвитку дошкільного віку полягає в розширенні предметного світу і необхідності дії у світі реальних речей внаслідок формування самосвідомості. Для дитини цього віку не існує відстороненого пізнання, критичного споглядання, і тому спосіб освоєння оточуючого світу — це дії у світі реальних предметів і речей, але дитина поки що не володіє способами здійснення цих дій. Ця суперечність може вирішитися лише в одному типі діяльності — грі — такій діяльності, мотив якої лежить не в результаті, а в змісті самої дії.

Гра дошкільників — провідна діяльність, вона характеризується:

- уявлюваною ігровою ситуацією;
- виділенням значень і смислів, що лежить в основі формування образно-схематичного мислення;
- розвитком активного запам'ятання;
- узагальненим характером гри;
- наявністю ролей.

У процесі гри дитина починає виконувати певну соціальну роль. Приймаючи на себе ті чи інші ролі, вона ніби приміряє певні соціальні функції. У рольовій грі можна порівнювати свої можливості з можливостями інших дітей, краще пізнати себе.

З розвитком дитини рольові ігри переростають в ігри з правилами — стимулюють досягнення певних соціально значущих цілей. Формується самооцінка, рівень домагань. З іншого боку, в іграх з правилами дитина навчається обмежувати свої бажання, підкорятися заборонам. Вона набуває досвіду керівництва, але не такого, якого хочеться, а відповідно до певних вимог, норм і заборон. У грі відбувається становлення моральних основ, формуються мотиви поведінки і волі дитини.

У грі як провідному виді діяльності активно формуються психічні процеси: збагачується сприймання, активна пам'ять, увага.

Рольова гра приводить до переходу від наочно-дійового мислення до словесно-логічного, засвоєння смислів, формування уяви, розвитку моторики.

Ігрова діяльність як провідна повинна підготувати дитину до школи, розвинути у неї ті властивості особистості і психічні процеси, які необхідні для успішного навчання в початкових класах (інтелектуальну готовність; «соціальну позицію школяра» — відповідне ставлення дитини до школи, навчання, вчителів, до себе; вміння входити в дитяче товариство, діяти сумісно з іншими, поступатися, підкорятися).

Особливе місце у психологічному розвитку старшого дошкільника займає спілкування з дорослими, яке має переважно позаситуативно-особистісний характер. Таке спілкування характеризується засвоєнням дитиною особливої позиції щодо дорослого — позиції учня, що є цінною передумовою для навчання в школі.

Перехід із дошкільного віку в молодший шкільний нерідко супроводжується кризою семи (шести) років.

Для кризи семи (шести) років характерні:

- втрата дитячої безпосередності;
- манірність, капризи в поведінці — навмисність, вертлявість;
- початок диференціації внутрішньої і зовнішньої сторони особистості дитини;
- об'єктом аналізу стають суб'єктивні переживання: «Я радію», «Я сумую»;
- формування афективного узагальнення, логіки почуттів.

До віку шести-семи років однією з основ зміни психологічної діяльності дитини, її особистісних особливостей є формування нової діяльності — навчальної, яка стає провідною. Суть цієї діяльності полягає в засвоєнні наукових знань через збагачення і перебудову особистості дитини, що проявляється у зміні рівня знань, навичок, умінь, у розумових операціях та особливостях особистості. Перехід з дошкільного в молодший шкільний вік відбувається шляхом переведення ігрової діяльності в навчальну через правильне поєднання реально діючих і зрозумілих мотивів.

Розвиток особистості молодшого школяра може порушуватися внаслідок:

- неправильного розуміння ієрархії потреб у результаті недоліків виховання і навчання;
- недостатнього розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують навчальну діяльність.

У свою чергу, навчальна діяльність пов'язана з формуванням самооцінки особистості. Для дітей оцінки важливі не лише як спосіб оцінювання їхніх знань, а й одночасно як оцінювання їхніх особистості, їх можливостей і місця серед інших. Тому часто у відмінників формується завищена самооцінка, у тих, хто погано вчиться, — занижена.

Типові психологічні порушення дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (за В. Д. Менделевичем):

1) синдром втечі та бродяжництва — характеризується втечами дитини з дому чи зі школи, поїздками в інші райони міста чи інші населені пункти, прагненням бродити і мандрувати. Нерідко він зумовлений мікросоціальним середовищем і реакцією дитини на психотравмуючу ситуацію у сім'ї чи школі;

2) синдром патологічного фантазування — жвавість уяви, схильність до змішування видуманого і реальності. Часто першою ознакою цього синдрому виступає своєрідність ігрової діяльності дитини, під час якої вона на тривалий період здатна «перевтілитись» у тварину, видуманий образ чи неживий предмет. Може формуватись на основі шизоїдних чи істеричних рис у характері дитини або ж на основі порушень комунікативних здібностей.

Психосоматичні розлади:

- цефалгії (головні болі);
- болі в животі;
- лихоманки незрозумілого походження;
- психогенне блювання;
- закреп чи проноси (діарея);
- енурез, енкопрез.

У початкових класах можуть проявитися специфічні розлади здібностей до навчання: дисграфія, дислексія, дискалькулія. За С. М. Зінченко, суть та особливості даних порушень такі.

Дисграфія — специфічні розлади письма, що проявляються в ускладненні співвіднесення звуків мовлення та їх графічного зображення, просторового розташування букв (дзеркальне письмо), розділення слів, написання букв. При цьому помилки в письмі не пов'язані зі знанням правил правопису.

Виділяють такі форми дисграфії.

1 — *сенсорна*: дитина з нормальним слухом не може розрізнити схожі фонemi [б] — [п], [д] — [т] і т.д. В основі такої дисгра-

фії лежить недостатній розвиток звуко-буквеного аналізу — фонематичного слуху. Зазвичай таке порушення буває в дітей, які пізно почали говорити, неправильно вимовляли окремі звуки, замінювали їх іншими і т.д. Якщо з дитиною своєчасно почав займатись логопед, то до початку навчання в школі, завдяки сумісним зусиллям логопеда, вихователів та батьків, у неї виробляється досить чисте, граматично правильне, розгорнуте мовлення. Однак за прискорення темпу мовлення і ускладнення мовних завдань ще спостерігаються деякі порушення у вимові.

У школі в такої дитини можуть з'явитись труднощі у навчанні: вона не може навчитись грамотно писати (замінює одні літери на інші і т.д.). Не допомагає їй при цьому правило правопису, за яким слід змінити слово так, щоб після сумнівного приголосного звуку стояв голосний. Наприклад, дитина пише «лошка» і, змінюючи слово на «ложечка», все рівно пише «лошечка». Вона не диференціює звуків [ж] і [ш]. І як не змінюй слово, їй чується [ш].

Такі помилки відрізняються від помилок, які робить дитина з неуважності чи незнання правил правопису. Найбільше помилок трапляється при письмі під диктування, при чому вже у перші місяці навчання, коли дитина пише буквені диктанти. Помилки трапляються і за самостійного списування тексту з підручника, оскільки дитина не «змальовує» слова, а подумки їх прочитує і потім пише під власне мовчазне диктування.

Плутати дзвінки та глухі приголосні, ніби оглушувати дзвінки може і дитина з легким ступенем туговухості. Однак дитина, яка погано чує, і вимовляє ці звуки неправильно. Дитина-дисграфік плутає не лише дзвінки і глухі, вона може плутати будь-які голосні та приголосні звуки.

У легких випадках, коли учень плутає 1–3 фонemi і неправильно позначає їх літерами, він може навчатись у масовій школі. І лише за виражених форм дисграфії, коли дитина практично не може писати, коли її письмо нагадує беззмістовний набір букв, які вона сама не може прочитати, її направляють у школу для дітей з порушеннями мовлення. У спеціальних класах логопеди проводять корекційну роботу, й учні поступово позбуваються цього дефекту.

Паралельне вивчення двох мов (наприклад, української та російської) є великою складністю для таких дітей, вони плутають звуки, літери і слова цих мов.

Важливо вчасно помітити в дитини ознаки дисграфії та звернутися до логопеда.

У деяких школах є логопедичні кабінети, де логопед звичайно обстежує протягом навчального року усіх першокласників і, якщо є необхідність, проводить заняття за своїми методиками. Звичайно неважкі розлади мовлення та письма логопед коригує протягом першого року навчання, а іноді — на декількох заняттях. Логопед може дати рекомендації і консультації батькам, визначити завдання з корекції розладу, і дитина позбавиться своїх труднощів у засвоєнні письмового розладу. Якщо логопеда в школі немає, слід звернутись у районну поліклініку. Головне — не пропустити появу дисграфічних помилок і вчасно вжити заходів.

2 — *оптична дисграфія*: дитина плутає написання подібних за написанням літер (б — в, н — п, м — л, ш — т і т.д.). Нерідко вона плутає схожі за написанням літери і при читанні.

Якщо дитина не може засвоїти написання багатьох літер, тобто у випадку вираженої оптичної дисграфії, вона повинна навчатись у школі для дітей з порушеннями мовлення. Якщо першокласник відчуває труднощі в написанні декількох схожих літер, то слід звернутися до логопеда. У результаті спеціальної корекційної роботи дитина зможе навчатись у масовій школі.

Отже, якщо у школяра з'явилися труднощі в оволодінні письмом, батькам слід:

- вчасно помітити, що дитині важко писати і спробувати самим, а краще з педагогом, проаналізувати, в чому утруднення: поганий почерк, повільне письмо, недописування, неправильне написання літер і т.д.;
- звернутися до дитячого психіатра чи логопеда;
- отримавши у логопеда пораду і певні завдання, виконувати їх з дитиною щоденно по 10–15 хвилин.

Часто буває так, що на початку засвоєння навички письма діти відчувають труднощі в написанні та запам'ятанні деяких літер. Однак це не говорить про дисграфію чи її елементи. Причинами таких труднощів можуть бути особливості особистості дитини, її повільність, рухова незграбність, недостатня уважність, швидка втомлюваність та багато інших причин. Однак якщо до кінця 1-го класу дитина не може запам'ятати чи відтворити на письмі окремих літер, то слід обов'язково звернутись до логопеда. У тих випадках, коли труднощі оволодіння навичкою письма пов'язані з вираженим дефектом (недорозвитком фонематичного слуху), дитину слід навчати у спеціальній школі для дітей з недоліками мовлення. Програма цієї школи відповідає програмі загальноосвітньої. Окрім того, з дітьми проводять спеціальні заняття з письма, вимови та корекції звуко-буквеного аналізу. За мірою подолання

дефекту учнів можна переводити до звичайної школи. За тяжких розладів письма рекомендується закінчувати мовну школу, щоб повністю позбутися дефекту. Надалі випускники цієї школи можуть навчатись у середніх і вищих навчальних закладах.

Дислексія — труднощі у засвоєнні навички читання, які полягають у тому, що дитина не може правильно співвіднести літеру і звук і тому не може читати текст. Повна відсутність здібності до читання — *алексія*. Виражені форми цього порушення трапляються рідко, і діти, які страждають вираженими формами алексії, навчаються в спеціалізованих класах школи для дітей з порушеннями мовлення. Однак за легкого ступеня дислексії діти можуть і повинні навчатись у загальноосвітній школі. І завдання батьків та вчителів — допомогти їм у засвоєнні навички читання.

Звичайно труднощі у набутті навички читання відчувають діти, які пізно почали говорити. Так, нерідко перші слова в таких дітей з'являються після півтора року, потім іде досить тривалий період становлення фразового мовлення і лише до трьох років вони починають говорити простими фразами. Далі поступово фрази стають більшими, складаються з декількох слів, у мовленні з'являються визначення, складні звороти, вставні слова. Іноді мовлення недостатньо чітке, але достатньо зрозуміле оточуючим. Перші підозри про можливу дислексію можуть виникнути ще на етапі дошкільного навчання у підготовчій групі дитячого садочка, коли проводяться заняття з розрізнення і називання літер, а також коли батьки намагаються навчити дитину читати. З'ясується, що вона плутас деякі літери, ніяк їх не може засвоїти, і процес навчання читання затримується. Це нерідко дратує батьків, вони сварять дитину, карають її, змушують довго вчити літери. Таке ставлення викликає в дитини прагнення уникнути занять. Деякі діти активно протестують і не хочуть брати до рук книгу, інші пасивно піддаються вимогам батьків і, відчуваючи явні труднощі в набутті навички читання, починають плакати, відмовляються дивитись у книгу, стають неспокійними, нервовими. Такі особливості поведінки дитини повинні змусити батьків задуматись, у чому ж причина небажання вчитись читати, і звернутися до порадою до логопеда.

Однак частіше труднощі в оволодінні навичкою читання виявляються уже в школі.

Бувають випадки, коли дітям важко засвоїти схожі за написанням літери і правильно їх читати. Так, замість «машина» читають «матина» і т.д. Такі труднощі трапляються за оптичної

дислексії. Звичайно оптична дисграфія та оптична дислексія трапляються одночасно, і дитина відчуває труднощі в навчанні як письма, так і читання. В основі цих порушень лежать процеси недорозвитку просторових уявлень: дитина не може скласти образ літери, цифри, написати і прочитати їх. Ці розлади теж успішно коригуються на логопедичних заняттях.

Вироблення навичок читання залежить також від міри розвитку в дитини правильності вимови. Дефекти мовлення (неправильна вимова деяких звуків, порушення граматичної будови мовлення, неправильне використання займенників, відмінкових закінчень, дієслівних форм) з успіхом коригуються в дошкільному віці на логопедичних заняттях. Але бувають випадки, що до початку навчання у школі мовний дефект не усунений.

З перших днів навчання, виявивши в дитини дефект мовлення, педагог зобов'язаний відправити її до логопеда.

Трапляються діти, які неправильно вимовляють один чи декілька звуків, наприклад [к], [л], [р] та інші (дислалія). Якщо дитина до п'яти років неправильно вимовляє хоча один звук, слід звернутись до логопеда і вдома виконувати його завдання.

Неправильна вимова, змазаність мовлення, які можуть завадити дитині не лише спілкуватись, а навчитися читати і розповідати, спостерігаються при дизартріях, які виникають внаслідок часткового паралічу і недостатньої рухливості органів ротової порожнини, які беруть участь у вимові (язика, піднебіння, губ). Крім того, порушення вимови, гнусавий відтінок мовлення може бути в дітей, які перенесли операцію з приводу розщілини твердого піднебіння та роздвоєння губи («вовча паща», «заяча губа», як їх називають у народі). Звичайно цих дітей оперують спеціалісти з щелепно-лицевої хірургії. Однак після операції необхідно як можна раніше розпочати заняття з логопедом, щоб усунути дефекти вимови до шкільного віку.

Слід відрізнити елементи дислексії, навіть у перші місяці навчання, від поганого засвоєння навички читання з різних причин (наприклад, повторних, виснажливих захворювань, поганой пам'яті, невміння змусити себе попрацювати). За поганого засвоєння навички читання слід повчити з дитиною літери і показати, як зливати їх у склади. Потім слід запропонувати їй самій знайти вивчені літери у складах і словах. Повторюючи за дорослим, дитина запам'ятовує літери, тобто здатна до засвоєння навички читання. Але при дислексії звичайний спосіб навчання читання не допоможе. З дитиною, яка страждає дислексією, повинен займатися логопед.

Для того щоб подолати у дітей труднощі в набутті навички читання, слід:

- постійно приділяти увагу розвитку мовлення дошкільника, розширювати його словниковий запас, слідкувати за правильністю вимови;
- своєчасно звертатися до логопеда за дефектів мовлення і труднощів в оволодінні навичками читання;
- доброзичливо, а не насильно залучати дитину до читання.

Слід виробити в дитини потребу і бажання читати. Для цього слід пропонувати їй книги, які цікавлять її. Не варто наполягати, щоб вона читала лише вголос. Корисно щоденно почитати вголос декілька хвилин для вироблення і закріплення навички читання. Батьки повинні заохочувати успіхи дитини і переконувати її, що складність в оволодінні навичкою читання можна і варто подолати.

Дискалькулія — це специфічна ізольована нездатність до операцій лічби, за якої дітям важко співвідносити числове значення з цифровим позначенням. В її основі звичайно лежить недостатній розвиток просторових уявлень. Важливо своєчасно розпізнати цей розлад. У ранньому дитинстві така дитина плутає ліву і праву сторони, прийменники і прислівники напрому, не вмє малювати сонечко, людину, не грається «Конструктором». У старшому дошкільному віці чи під час навчання у 1-му класі оволодіває лічбою, вчиться здійснювати додавання і віднімання в межах першого десятка. Однак виконувати дії з переходом через десяток дитині дуже складно. Множення і ділення вона засвоює краще, бо намагається підмінити лічбу механічним запам'ятанням, користується таблицею множення. Звичайно механічне запам'ятання на перших порах ніби компенсує недолік операцій лічби. Хід задач дитина з елементами дискалькулії, на відміну від розумово відсталого, добре розуміє, утруднюється лише в підстановці числових виражень. Надалі такому учневі важко вивчати фізику, хімію, він плутає історичні дати, особливо поняття до нової ери і після. Алгебричні перетворення з умовними буквеними позначеннями даються легше, а доведення теорем учень нерідко намагається завчити напам'ять, не розуміючи суті.

Помітивши нездатність дитини в дошкільному віці до комбінаторної діяльності, до конструювання, слід зайнятися з'ясуванням її причин і допомогти дитині засвоїти побудову нескладних конструкцій. Щоденно по 10–20 хв. займатись усною лічбою, спочатку з опорою на наочність. Особливу увагу слід звернути на розуміння складу чисел (двозначних і тризначних).

Слід відрізняти слабкість вироблення операцій лічби від дискалькулії — у першому випадку дитина розуміє склад чисел, позначення їх цифрою, але ще не оперує математичними діями.

Запитання для самоперевірки

1. Чи можна «комплекс позбавлення» немовляти розглядати як критерій його психічного здоров'я?

2. Які інші психологічні новоутворення дитини (від народження до трьох років) можна розглядати як критерії її психічного здоров'я?

3. Які порушення психічного розвитку можуть спостерігатись у новонароджених, немовлят, дітей раннього віку?

4. Як проявляється невротія у дітей?

5. У чому полягають аутичні прояви?

6. Як проявляються гіпердинамічні розлади в дітей?

7. Які психосоматичні розлади характерні для новонароджених, немовлят, дітей раннього віку?

8. Охарактеризуйте психологічні особливості дошкільнят та молодших школярів у нормі.

9. Внаслідок чого може порушуватися розвиток особистості молодшого школяра?

10. Які типові психологічні порушення дітей дошкільного та молодшого шкільного віку виділяє В. Д. Менделевич?

11. Які психосоматичні розлади характерні для дошкільнят і дітей молодшого шкільного віку?

12. Поясніть суть диграфії, її причини.

13. Дайте рекомендації батькам дитини, в якій з'явилися труднощі в оволодінні письмом.

14. Поясніть суть дислексії, її причини.

15. Дайте рекомендації батькам дитини, в якій з'явилися труднощі у виробленні навички читання.

16. Поясніть суть дискалькулії, її причини.

17. Дайте рекомендації батькам щодо запобігання дискалькулії дітей.

Тема 8

ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ, РАННІЙ ЮНОСТІ. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ОСІБ ЗРІЛОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

1. Психічні розлади у підлітків

Підлітками прийнято вважати дітей 11–15 років, причому період 11–12 років визначається як допубертатний, а 13–15 — як пубертатний.

Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, однак криза цього віку значно відрізняється від криз молодших вікових періодів. Вона найбільш тривала та гостра. Це пов'язано з впливом на підлітка соматичних, психологічних і соціальних факторів.

В основі бурхливих і часто таких, що хворобливо переживаються, соматичних змін організму підлітка лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням статевої зрілості. Часто за бурхливим розвитком тіла (різке збільшення маси і росту) не встигають внутрішні органи, що приводить до розвитку функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи.

У момент особливо різких зсувів у підлітків відзначається виражений неспокій, підвищений рівень тривожності. Намагаючись позбутися цієї тривожності, вихлюпнути її назовні, вони часто вступають у конфлікти, колективні бійки. Цим самим пояснюється підвищена схильність підлітків до відвідування шумних рок-концертів, вживання наркотиків та алкоголю.

Поряд з психічними порушеннями, обумовленими виключно гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, що не пов'язані з перебудовою ендокринної системи. Розглянемо їх.

- Формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власної гідності, власних можливостей і здібностей.
- Розвиваються і більш повно усвідомлюються високі почуття дружби і любові, причому любов зовсім не зумовлена сексуальними потребами, а навпаки, виключно платонічна, духовна.
- Ламаються і перебудовуються багато попередніх стосунків з оточуючими і ставлення до себе, формується та життєва позиція, з якої підліток починає своє самостійне життя.

- Основним новоутворенням підліткового віку є формування почуття дорослості, тобто стану, коли основна маса потреб нічим не відрізняється від таких у дорослих. Але при дорослішанні соціальна ситуація для підлітка, як правило, не змінюється — він залишається учнем і перебуває на утриманні батьків, позбавлений низки громадських прав. Тому багато домагань приводять до нездоланих труднощів, входять у конфлікт з реальною дійсністю. У цьому і приховується основна психосоціальна причина кризи підліткового віку.

- Різка зміна стосунків з дорослими, зокрема з батьками. Підлітки в багатьох життєвих сферах орієнтуються виключно на думку ровесників, майже повністю ігноруючи думку батьків та оточуючих дорослих. Підліток прагне звільнитися від опіки. Розширення прав приводить до того, що він не пасивно чекає від батьків якихось благ, а активно висуває до батьків завищені матеріальні вимоги. Однак сім'я все ж залишається для підлітка тим місцем, де він відчуває себе впевнено та спокійно. У тяжку хвилину за порадою вони звертаються до батьків. У підлітків дуже велика потреба у неформальному спілкуванні з батьками, але задовольняється вона менше, ніж наполовину. Психологічний бар'єр між батьками і підлітками пояснюється не лише віковим егоцентризмом і максималізмом підлітка, а й абсолютною впевненістю у непогрішності власного досвіду та неможливістю поглянути на світ очима підлітка зі сторони батьків. Більш складними і диференційованими стають стосунки з учителями, що є однією з причин шкільної дезадаптації підлітків.

- Провідною діяльністю підлітка залишається учіння, однак мотиви її перетворюються. Для підлітка учіння стає насамперед засобом завоювати престиж у ровесників, репутацію хорошого учня.

- Поведінка підлітків за своєю суттю є колективно-груповою. Спілкування з ровесниками надає дуже важливий специфічний канал інформації, з якого підлітки дізнаються багато необхідних речей, що не повідомляються дорослим. Спілкування підлітків — це специфічний вид міжособистісних стосунків. Групова гра та інші види сумісної діяльності виробляють необхідні передумови соціальної взаємодії, вміння підкорятись колективній дисципліні і у той самий час відстоювати свої права, співвідносити особисті інтереси із суспільними. Це також специфічний вид емоційного контакту. Усвідомлення групової належності, солідарності, товариської взаємодопомоги не лише полегшує підлітку автономізацію від дорослих, а й дає важливе почуття емоційного благополуччя і стійкості.

Психологія спілкування в підлітковому та юнацькому віці ґрунтується на основі суперечливого сплетення двох потреб: відособлення і потреби в належності, включеності у якусь групу чи спільноту.

Почуття самотності, пов'язане з віковими труднощами становлення особистості, породжує у підлітків невгамовну спрагу спілкування і групування з ровесниками, в товаристві яких вони знаходять чи надіються знайти те, у чому відмовляють дорослі: емоційне тепло, порятунк від нудьги і визнання власної значущості.

Напружена потреба у спілкуванні перетворюється в багатьох підлітків у «стадне почуття»: вони не можуть не лише дня, а й години пробути поза своєю, а якщо своєї немає — якою завгодно компанією.

Особливо сильна така потреба у хлопчиків.

• Типова риса підліткових груп — конформність (надзвичайно висока). Відстоюючи свою незалежність від старших, підлітки часто абсолютно не критично ставляться до думки власної групи та її лідерів. Бажання бути як усі (це винятково «свої») поширюється і на одяг, і на смаки, і на стиль поведінки.

Існують певні форми типових поведінкових реакцій підлітків на ту чи іншу соціальну ситуацію, що ще не є патологічними, але деколи містять у собі небезпеку переростання в такі.

До таких реакцій прийнято відносити такі.

1. Реакція «опозиції» — активний протест. Причиною можуть бути надто високі вимоги, що висуваються до підлітка, непосильні навантаження, втрати, нестача уваги з боку дорослих.

2. Реакція «імітації» — проявляється у прагненні наслідувати певний зразок, модель якого диктується, як правило, компанією ровесників (зразок може бути асоціальним).

3. Реакція «гіперкомпенсації» — проявляється у наполегливому прагненні підлітка досягти успіху у тій сфері, в якій він слабкий; невдачі у деяких випадках закінчуються нервовим зривом.

4. Реакція «емансипації» — проявляється у прагненні звільнитись від опіки, контролю та покровительства старших. Вона поширюється і на порядки, закони і «стандарти» дорослих. Потреба в емансипації пов'язана з боротьбою за самостійність, за самоствердження себе як особистості. У повсякденній поведінці це — прагнення зробити усе «по-своєму», у крайніх варіантах — втечі з дому.

5. Реакція «групування» — групи підлітків виникають і функціонують за своїми, ще недостатньо вивченими соціально-

психологічними законами, серед яких найбільш небезпечною є «автономна мораль», яка не збігається з вимогами батьків, школи, законів. Особливо сильна вона в неповнолітніх правопорушників та злочинців. Особливо легко об'єднуються у групи наркомани, соціально розпущені, нестійкі підлітки, які мають досвід асоціальної поведінки. Послаблення впливу сім'ї, особливо батьківського начала, підвищує міру ідентифікації хлопчика-підлітка з групою, створюючи «ефект зграї».

Підліток усе більше починає задумуватися про свої власні почуття і думки, аналізує внутрішній стан інших людей. У цьому віці вперше усвідомлюється власна несхожість на інших. Підліток вперше стикається з таким важливим і таємничим психологічним станом, як самотність.

У цьому віці люди частіше, ніж будь-коли, стають жертвами синдрому дисморфоманії (маячення фізичного недоліку), приділяючи велику увагу своїй зовнішності.

2. Психологія ранньої юності

У підлітковому віці, а більш явно — в період ранньої юності, починають проявлятися статеві психологічні відмінності. Вони проявляються в процесі формування самосвідомості та образу «Я».

Центральним психологічним процесом розвитку самосвідомості в період ранньої юності є формування особистісної ідентичності — почуття індивідуальної самототожності, перейнятливості та єдності.

Головне психологічне набуття ранньої юності — відкриття свого внутрішнього світу. Набуваючи здатності заглиблюватись у себе, свої переживання, юнак заново відкриває цілий світ нових емоцій, красу природи, звуки музики. У цей час людина починає сприймати і осмислювати емоції вже не як твірні від якихось зовнішніх подій, а як стан власного «Я».

Ще однією важливою рисою юнацького віку є поява і розвиток дуже інтенсивних емоційних стосунків, що необхідні для формування повноцінної особистості, — дружби, любові.

Поряд з розвитком товариських стосунків юнацький вік характеризується напруженим пошуком дружби як вибіркової, міцної і глибокої емоційної прив'язаності.

Потреба у спілкуванні, другому «Я» — найважливіша потреба в ранній юності. В основі юнацького потягу до дружби — при-

страсна потреба в розумінні іншого і себе іншими, потреба у саморозкритті.

В основі юнацької дружби лежать загальні духовні інтереси та потреба в розумінні, на відміну від підліткового, де основними є потреба у взаємодопомозі та захопленість якимось видом праці.

Друг є єдиною людиною, від якої юнак очікує оцінок вищих, ніж його власна самооцінка. Це можна вважати непрямую вказівкою на те, що одна з головних функцій юнацької дружби — підтримання самоповаги особистості.

В юності дружба займає таке важливе становище тому, що вона складається, коли в людини немає ще ні власної сім'ї, ні професії, ні коханої (-го). З появою нових, «дорослих» прив'язаностей дружба поступово втрачає своє привілейоване становище.

Особливість юнацької любові — потреби в інтимній людській близькості та чуттєво-еротичному бажанні дуже часто не збігаються і можуть бути спрямовані на різні об'єкти. За образним висловлюванням одного вченого, хлопчик не любить жінки, до якої його тягне, і його не тягне до жінки, яку він любить. У багатьох з них бурхливий темп статевого дозрівання випереджує розвиток витончених комунікативних почуттів, включаючи здатність до співпереживання.

3. Психологічні особливості і психічні розлади осіб зрілого, похилого та старечого віку

Віковий період, який настає за юністю, характеризується стійкістю психічної діяльності людини, набуттям цілісності і, головне, зрілості — усвідомлення свого місця серед інших людей, самоідентифікація, прийняття соціальних норм, відповідальність за власні вчинки.

Основною у зрілому віці є професійна діяльність, яка до похилого віку поступається місцем цінності існування та загальнолюдським цінностям.

Відзначається дві кризи розвитку зрілої особистості (Б. С. Братусь): у віці 30 ± 2 роки у вигляді переоцінки свого життєвого шляху, коли людина не лише задумується над правильністю свого вибору, а й багато в ньому виправляє («криза середніх років» у віці Христа) і передпенсійна криза у віці 55 ± 3 , коли настає період планування свого пенсійного життя.

Криза середніх років може виникнути у випадку істотного розходження при порівнянні наявної ситуації з віком, коли лю-

дина очікує «пожинати плоди», з ідеальною, яку малювала собі в юності. Розходження у сфері професійної ідентичності, яке включає незадоволення успішністю кар'єри, сформованим авторитетом, рівнем матеріального благополуччя, є лише одним із значущих розходжень, важливіших для чоловіка, ніж для жінки. Іншою такою сферою виступає сімейне життя, в якому кризу здатне викликати незадоволення сімейним статусом, вибором партнера і друзів, стосунки з близькими, благоустрій сім'ї та ін. Третя сфера, за якою відбувається процес зв'язки ідеалу і реальності, — це сфера особистісного зростання, яка включає задоволеність собою. Людина середніх років схильна аналізувати потребу в ній суспільства, міру розкриття в процесі життя своїх потенційних можливостей і здібностей.

При переході до похилого та старечого віку людина поступово мириться з тією роллю і становищем, яких вона досягла в процесі життя. Вона націлюється на достойне завершення життя, орієнтується на власне здоров'я та загальнолюдські цінності (наприклад, справедливості).

Основною психологічною проблемою старості є самотність і, внаслідок цього, втрата необхідних і бажаних контактів, беззахисність перед оточенням, яке несе (як здається людям похилого віку) лише загрозу їхньому благоустрою і здоров'ю. При цьому стосунки між сусідами не завжди доброзичливі. Часто вони стосунки перетворюються на тривалу війну, яка протікає з перемінним успіхом. Поразки постають у вигляді інфарктів, інсультів та інших захворювань. Часто хворобливо підвищена підозрілість самотньої людини провокує спалахи гніву в її близького оточення.

Типовими психологічними чи психопатологічними феноменами осіб похилого віку є:

- підвищена тривожність;
- підозрілість і недовіра;
- страх бути обдуреним.

З особистих якостей відзначається зменшення з віком таких якостей, як честолюбство, самолюбство при одночасному зниженні комунікативності та людинолюбства. Зменшуються переживання у вигляді туги і печалі, збільшується тривога, дратівливість, страх. Виникненню афективних розладів сприяє поява «рольової невизначеності» і соціальної ідентичності.

Запитання для самоперевірки

1. Які психологічні зміни відбуваються в підлітковому віці?
2. Назвіть типові поведінкові реакції підлітків, які містять у собі небезпеку переростання в патологічні.
3. Поясніть суть реакції «опозиції».
4. Поясніть суть реакції «імітації».
5. Поясніть суть реакції «гіперкомпенсації».
6. Поясніть суть реакції «емансипації».
7. Поясніть суть реакції «групування».
8. Охарактеризуйте психологічні особливості ранньої юності.
9. Дайте коротку характеристику психологічних особливостей людей похилого віку.
10. Назвіть типові психологічні феномени осіб похилого віку.

РОЗДІЛ IV

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ¹

Тема 9

ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ТА РОЛЬ ДАНИХ ПРО ПОРУШЕННЯ В РОЗВИТКУ ДИТИНИ

1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, у пато-психологічному обстеженні дітей важливо враховувати таке.

1. Чим молодша дитина, тим важливішу роль відіграють особливості патологічно змінених проявів нормального вікового розвитку. Тому передусім необхідно вивчити ті психологічні утворення, які на даному віковому етапі мають вирішальне значення у психічному розвитку її.

Саме ці психологічні утворення особливо насичені ознаками хворобливої симптоматики.

Наприклад, затримка розвитку мовлення в ранньому дитячому віці (3–4 р.), її специфічне викривлення (збереження автономної мови, неологізми, аутична спрямованість і т.д.) властиві ранній дитячій шизофренії. У віці 4–5 років ознаки цієї хвороби проявлятимуться уже не в особливостях мови, а в змісті рольової гри дитини, її малюнках, фантазіях. Аналізуючи продукти цієї провідної для даного віку діяльності, можна виявити емоційні розлади (страхи, агресивні тенденції), інтелектуальні порушення (патологічні асоціації, неадекватність розумової діяльності).

¹ Матеріали для цього розділу запозичено з книги Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології: Навч. посібник. — К.: Перун, 1996. — 464 с.

2. Оскільки психіка дитини перебуває в постійному розвитку, у патопсихологічній характеристиці обстежуваного треба розрізнити два види симптомів:

а) первинні, тобто безпосередньо пов'язані зі шкідливим впливом (хвороба, травма тощо);

б) вторинні — є результатом порушення психічного розвитку внаслідок хворобливого процесу (що триває або вже завершився).

Наприклад, у молодшому шкільному віці формуються поняття про збереження числа, об'єму, автоматизуються навички читання та письма. Ураження або недорозвиток психічних функцій, що не дають змоги опанувати даною інформацією, призводять до недостатності (затримки) формування логічного мислення, здатності прогнозування.

Спираючись на ці принципи, патопсихолог у ході дослідження психіки дитини розв'язує такі завдання:

а) виявляє порушення психічної діяльності та дає їм патопсихологічну кваліфікацію;

б) проводить структурний аналіз помічених порушень, виділяє первинні та вторинні симптоми;

в) розробляє програму коригуючих заходів.

Н. Ю. Максимова виділяє *два підходи до розв'язання цих завдань психологом:*

1 — *проблемний підхід до дослідження психіки дитини.*

Описаний, в основному у працях зарубіжних авторів (когнітивна, позитивна психотерапія). За цього підходу психолог з'ясовує:

— чи існує проблема;

— для кого вона найпекучіша (наприклад, порушення поведінки можуть бути досить байдужими для самого учня, але турбувати вчителя та батьків);

— можливі шляхи вирішення цієї проблеми;

— обирає оптимальний шлях вирішення проблеми, виходячи із зацікавленості усіх задіяних сторін;

— реалізовує обраний шлях.

У даному підході поєднані психодіагностика та психокорекція.

2 — *психодіагностичний підхід до дослідження психіки.* Його основи у вітчизняній психології розробляли Л. Виготський, Б. Зейгарник, В. Блейхер, Л. Бурлачук, І. Крук, В. Лебединський, О. Лічко, С. Рубінштейн та ін.

За цього підходу перед патопсихологом постають такі завдання:

— дослідити функції психічних процесів та виявити відхилення;

- визначити можливості поліпшення результатів під час надання допомоги;
- діагностика особистісних особливостей дитини;
- зіставлення отриманих результатів з «нормативними» та постановка патопсихологічного діагнозу;
- визначення можливостей розвитку дитини та шляхів вирішення її соціальних проблем.

Випадки, в яких використовується проблемний підхід:

- при вирішенні завдань, пов'язаних з порушенням поведінки, негативними особистісними особливостями (тобто, коли мала вірогідність того, що причиною звернення до психолога можуть бути порушення розвитку психічних процесів);
- коли необхідна довготривала психологічна корекція, то він дає змогу визначити сферу прикладання зусиль психолога, позицію дитини та інших учасників проблемної ситуації, налагодити стосунки співробітництва.

Випадки, в яких використовується діагностичний підхід:

- вирішення експертних питань, насамперед пов'язаних з навчанням дитини та вибором місця навчання;
- у випадках високої вірогідності наявності в дитини відхилень у психічному розвитку;
- за необхідності — проведення психотренінгових заходів;
- при з'ясуванні причин соціальної дезадаптації дитини.

Сучасна патопсихологія використовує багато експериментальних методик дослідження психічних процесів і станів. Суть їх застосування полягає в моделюванні проблемних ситуацій. Їх вирішення потребує від обстежуваного того виду психічної діяльності, яка є об'єктом дослідження.

Наприклад, у дослідженні інтелекту роль «функціональної проби» виконують експериментальні завдання, що дають змогу аналізувати розумові операції, якими людина користується звичайно у своєму реальному житті.

Орієнтовна схема психологічного дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку

1. Дослідження розумової працездатності з виявленням показників виснаженості; утрудненої впрацьовуваності, коливань працездатності.

2. Вивчення уваги — її обсягу, здатності дитини до довільної концентрації, розподілу та переключення.

3. Дослідження процесів запам'ятовування та відтворення.

4. У деяких випадках — вивчення процесу сприймання (якщо виникає підозра щодо порушення цього процесу).

5. Вивчення інтелекту: рівень розвитку вербального та невербального інтелекту, формування шкільних умінь та навичок, життєвої орієнтованості, можливостей розвитку інтелекту у процесі навчання.

6. Дослідження процесу мислення: пошук специфічних феноменів мислення, характерних для порушень психічного розвитку (конкретність, інертність або спотворення мислення). Вивчення процесу мислення має проводитися в усіх випадках, коли є підозра щодо порушення психічного розвитку, та незалежно від визначеного рівня розвитку інтелекту.

7. Дослідження особливостей мови: розвиток та збереження смислової, змістовної структури мови, наявність порушень у вигляді фонетичних дефектів, заїкання, недостатність функції читання та письма. Докладніше вивчення мовного розвитку дитини належить до компетенції логопеда.

8. Вивчення емоцій: переважаючий емоційний фон, наявність різних коливань емоцій, феномени страхів, тривожності взагалі та шкільної особливо, наявність схильності до концентрації негативних емоцій.

9. Дослідження особистісних особливостей: головна мотивація діяльності, самооцінка та ставлення до оточуючих, рівень домагань та його динаміка у випадку успіху та невдачі, наявність внутрішньо особистісних конфліктів та механізмів компенсації, реакції у стані фрустрації; параметри екстраверсії, нейротизму, особливості темпераменту тощо.

На підставі отриманих даних психолог може дійти таких висновків:

- чи є взагалі в даної дитини порушення психічної діяльності, чи її проблеми пов'язані тільки з недоліками мікросоціальної ситуації розвитку;
- якщо є порушення, то який тип порушень переважає в даному випадку, які механізми привели до його формування (структура первинного та вторинного дефектів, явище ретардації, асинхронії тощо);
- чи потребують виявлені феномени втручання (тобто чи є соціальна дезадаптація, чи формується вторинний дефект, стан погіршення і т. д.);
- яка зона найближчого розвитку дитини;

- хто та на якому рівні може провести корекцію порушень розвитку (варіанти: достатньо зміни виховного підходу; бажано змінити місце та форми навчання; необхідна консультація спеціаліста іншого профілю — лікаря, логопеда; необхідні психокорекційні та психотерапевтичні заходи).

Особливості патопсихологічного обстеження підлітків:

- звичайне обстеження;
- дослідження наявності і типу акцентуацій характеру;
- обстеження мотиваційної структури особистості;
- дослідження спрямованості особистості;
- дослідження самооцінки;
- діагностика реакції адаптації;
- діагностика порушень у формуванні потягів;
- з'ясування особистісних криз.

Для ефективного патопсихологічного обстеження дітей важливо:

- встановити хороший контакт з дитиною, вміти зацікавити дитину завданнями, задати позитивно насичений емоційний тон;
- обміркувати стиль спілкування з підлітком, а також те, як пояснити йому мету обстеження;
- мати окреме приміщення, куди не заходили б під час експерименту сторонні, де не було б яскравих предметів, що відвертатимуть увагу, бажано, щоб якомога менше проникав шум;
- обстеження проводиться індивідуально; якщо дитині менше ніж шість років, то допускається присутність матері;
- не слід проводити обстеження, якщо дитина перевтомлена або, навпаки, сильно збуджена, якщо вона голодна чи тільки-що поїла, якщо вона нездужає, відчуває біль або інші види дискомфорту;
- за необхідності повторних обстежень бажано проводити їх в один і той самий час;
- патопсихологічне обстеження дітей проводиться у формі навчаючого експерименту; якщо в дитини виникають труднощі, їй треба допомагати: це можна зробити у вигляді загальної стимуляції (підбадьорювання, похвала), організації діяльності, навідних запитань, прямої підказки, показу або навчання на матеріалі аналогічного завдання з наступним контролем за перенесенням способу дії. Під час аналізу отриманих результатів слід враховувати, який вид допомо-

- ги та якою мірою був наданий дитині і наскільки ця допомога сприяла виконанню завдання;
- необхідно фіксувати вислови та емоційно-рухові прояви дитини, але оскільки спілкування психолога з дитиною має бути жвавим, безпосереднім, то не слід відволікатись під час обстеження на тривалі записи, тому інформацію треба здебільшого запам'ятовувати.

2. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, незалежно від того, хто був ініціатором патопсихологічного обстеження дитини, про його результати слід повідомити батькам (або особам, які їх замінюють). Необхідно надати батькам повну інформацію про дитину:

- її можливості та обмеження;
- перспективи подальшого розвитку;
- причини порушень психічної діяльності, їхню структуру (наприклад, які труднощі в навчанні пов'язані з органічною недостатністю нервової системи, тобто первинним дефектом, а які мають вторинний характер та спричинені педагогічною занедбаністю);
- запропонувати шляхи корекції.

Разом з батьками треба намітити подальшу програму дій, пояснити, що й для чого треба робити, як працювати з дитиною, як будувати стосунки з нею, на що звернути увагу (необхідно враховувати умови життя конкретної сім'ї, її склад, культурний рівень, матеріальні та побутові умови, щоб поради психолога не здавались батькам надмірними, не викликали почуття безпорадності та безнадійності), вирішити, що та як повідомити класному керівникові.

Приховувати результати обстеження не можна, оскільки саме на основі висновків психолога та його рекомендацій вчитель зможе правильно організувати навчально-виховний процес у класі, де навчається дитина. Якщо педагог не знає, в чому полягає справжня причина аномальної поведінки учня, він може тлумачити його дії неадекватно. Це призводить до посилення соціальної дезадаптації дитини.

Але далеко не завжди можна надавати вчителю інформацію про дитину в повному обсязі. Особливо це стосується термінів, назви діагнозу (може перетворитись на образливі прізвиська учнів).

Тому, даючи рекомендації вчителю щодо учнів з відхиленнями в психічному розвитку, краще користуватися фразами типу:

- запальний характер (замість збудливий психопат);
- досить скромні здібності (замість психічний недорозвиток);
- надто дитяче сприйняття світу (замість дисгармонійний психічний інфантилізм).

Даючи рекомендації педагогу, слід враховувати й те, як він ставиться до учня, його батьків, та, за необхідності, розпочинати коригувальну роботу з нормалізації цих стосунків.

Залежно від результатів патопсихологічного обстеження дитини психолог пропонує різні способи корекції її розвитку шляхом відповідної організації навчально-виховного процесу.

Зміна соціальної ситуації розвитку.

Навіть за відсутності первинного дефекту, спричиненого хворобливим процесом, психічний розвиток дитини може бути порушений під впливом негативних факторів мікросоціального оточення. Несприятлива сімейна атмосфера, психічна депривація призводять до психопатичного та невротичного розвитку, затримки психічного розвитку та ін. Тому коригування сімейних стосунків, формування правильного ставлення батьків до дитини є обов'язковою умовою оптимізації виховного процесу.

За наявності первинного дефекту навіть благополучна сімейна обстановка автоматично не гарантує сприятливої соціальної ситуації розвитку дитини, особливо в шкільному віці. Усвідомлення дитиною своєї неспроможності в навчальній діяльності (не може так швидко, як однокласники, виконати завдання) є психотравмувальним фактором. Якщо ж учитель та батьки починають картати дитину за погану успішність, то така соціальна ситуація розвитку призводить до формування вторинного дефекту, появи негативних особистісних якостей, психогенної шкільної дезадаптації.

Тому корекція у даному випадку може полягати в:

- зміні ставлення до учня;
- переведенні дитини в інший клас;
- переведенні дитини у відповідну школу: логопедичну, допоміжну, для дітей із затримкою психічного розвитку і т.д. (якщо порушення психічного розвитку значно ускладнюють навчання).

Корекція виявлених порушень психічної діяльності дитини.

Якщо в дитини виявлені відхилення в мовному розвитку, слід проконсультуватись у логопеда, дефектолога. Обов'язково направляються до психіатра діти, в яких виявлено ознаки порушеного та спотвореного розвитку, а також в усіх випадках прогресуючого погіршення будь-якого стану. При усіх видах порушень психічного розвитку бажано звертатися до спеціаліста.

Так, звертання до психолога потрібне у випадку необхідності застосування психотренінгових (розвивальних) методів, психотерапевтичних методів.

Психотренінгові (розвивальні) методи.

Якщо на основі результатів патопсихологічного обстеження в дитини констатовано недорозвиток будь-якої функції, то слід організувати спеціальне навчання, спрямоване або на розвиток цієї функції, або на формування компенсаційних механізмів. Для цього організують спеціальні психотренінгові заходи, тобто такі, де під час гри, змагань або в іншій, цікавій для дитини формі діяльності, розвиваються пам'ять, увага і т. д.

Психотерапевтичні методи.

Спрямовані на корекцію порушень у формуванні особистості. Діти з відхиленнями в особистісному розвитку потребують складної роботи психолога щодо подолання негативних стереотипів їхньої поведінки та вироблення адекватних навичок реагування. Ці методи застосовують під час надання психологічної допомоги сім'ї, в якій виховується дитина з відхиленнями в психічному розвитку.

Залежно від результатів патопсихологічного обстеження після консультації з психіатром психолог підбирає для дитини ті чи інші заходи. Наприклад, при затримці психічного розвитку: направлення до психіатра з метою вирішення питання про місце навчання; переведення учня в клас підвищеної уваги та включення до групи для психотренінгових занять з розвитку саморегуляції.

Запитання для самоперевірки

- 1. Що необхідно враховувати у патопсихологічному обстеженні дітей?*
- 2. Які завдання стоять перед психологом у дослідженні психіки дитини?*
- 3. Як саме реалізовується проблемний підхід до дослідження психіки дитини?*
- 4. Які завдання реалізовує психолог за психодіагностичного підходу до дослідження психіки дитини?*
- 5. У яких випадках реалізують проблемний підхід до дослідження психіки дитини?*
- 6. У яких випадках реалізують діагностичний підхід до дослідження психіки дитини?*
- 7. Що передбачає психологічне дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку?*
- 8. Які висновки може робити психолог на основі даних дослідження порушень психічної діяльності дитини?*
- 9. Що передбачає патопсихологічне обстеження підлітків?*
- 10. Про що повинен пам'ятати психолог, проводячи патопсихологічне обстеження дітей, підлітків?*
- 11. Яку інформацію про результати психологічного дослідження психолог повинен надати батькам?*
- 12. Яку інформацію про результати патопсихологічного дослідження психолог має надати вчителю?*
- 13. Чому зміна соціальної ситуації розвитку дитини важлива в оптимізації виховного процесу?*
- 14. Як саме можна змінювати соціальну ситуацію розвитку дитини?*
- 15. Якими методами можна реалізувати допомогу дитині, в якій виявлено певні психічні порушення?*

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, СТАНІВ ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

1. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, у межах дитячої патопсихології важливо дослідити пізнавальні процеси, бо вони визначають успішність навчальної діяльності дитини. Тому більшість експериментальних завдань, що пропонуються дітям, спрямовані на вивчення уваги, пам'яті, мислення, сприймання. Перебіг емоційно-вольових процесів у дітей аналізується в ході експерименту шляхом:

- спостереження за їх поведінкою, реакціями на успіх чи невдачу;
- виходячи з даних, отриманих у ході бесіди.

Особливості проведення *бесіди* з дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку:

- Краще користуватись непрямыми запитаннями (якщо дитина мала, у неї не розвинуті навички самоаналізу, вона ще не може давати узагальнених оцінок явищам, і її відповіді на прямі запитання часто відображають не реальний стан речей, а бажання відгадати, чого від неї хоче дорослий; якщо ж розмова ведеться із старшими дітьми, підлітками, то вони можуть свідомо перекручувати інформацію, видаючи соціально схвалювані відповіді на особливо значущі для них запитання). Наприклад, замість того, щоб запитати: «У вас дружна сім'я?», краще з'ясувати, як у сім'ї заведено проводити вільний час, як розподіляються домашні обов'язки і т. д. Або замість того, щоб запитати: «Чому ти пропускаєш уроки?», краще повести мову про те, що деякі діти прогулюють уроки, а тоді поставити запитання: «Як ти думаєш, чому?».

- Якщо з реакції дитини видно, що тема для неї болюча, що вона не хоче розповідати, краще перейти до розмови про інше (позначивши цей момент у протоколі), а потім отримати інформацію про афектогенні (болючі) зони використавши проєктивні методи.

- Теми бесід з дитиною залежать від завдань конкретного патопсихологічного обстеження, і повинні охоплювати головні

сфери життєдіяльності: сім'я, школа, інтереси, позашкільне оточення, спілкування, думка дитини про себе, свої можливості, здібності. Детальніше розглядаються ті теми, які важливі для досягнення мети обстеження.

- Необхідно наперед спланувати схему бесіди, наприклад: симптом (тобто ознака, важлива для обстеження), у чому він проявляється, з якою інтенсивністю проявляється, як давно проявляється, як реагує на це сама дитина. Якщо ця схема буде зашифрована (наприклад, латинізована), то підкресленням можна легко фіксувати інформацію в ході дослідження, не привертаючи уваги дитини тривалими записами.

- Якщо з дитиною не вдається встановити контакт, можна запропонувати їй розглянути малюнок, іграшку чи дати спочатку нескладне завдання, щоб зацікавити, похвалити і таким чином зняти напруженість, скутість, тривогу, страх перед дорослим (утрудненість чи легкість встановлення контакту є діагностичним показником, тому ці параметри слід фіксувати у протоколі).

- У бесіді з підлітками слід виступати в ролі співрозмовника, який серйозно сприймає свого партнера, поважає його погляди, цікавиться його проблемами та дотримується норм етикету.

- Бесіду з підлітком слід розпочати з пояснення мети дослідження. Не завжди слід називати справжні причини і, звичайно, не у такій формі, яка зачіпає самоповагу дитини. Наприклад, не слід говорити, що будуть перевірятися розумові здібності учня, краще сказати, що вимірюють працездатність, рівень перевтоми у результатах навчальної діяльності, що мета дослідження — підказати нові засоби засвоєння інформації. Найкращим поясненням необхідності дослідження психічних процесів і станів у підлітків є посилання на профорієнтацію.

- Після експериментального дослідження проводиться заключний етап бесіди з дитиною, де психолог з'ясовує: які завдання сподобалися дитині, а які — ні, що було важким, а що легким, як дитина оцінює свої успіхи, як дитина себе почуває.

Протягом усього патопсихологічного дослідження використовуються спостереження одночасно з використанням експериментальних методів.

Особливості проведення *спостереження* за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку:

- Інформація фіксується у спеціальній карті-схемі, користуються при цьому символами (наприклад: закреслення символу, яким позначається якась ознака, позначається її відсутність, під-

креслюванням — її наявність у середньому ступені, подвійне підкреслювання — сильна інтенсивність, обведення колом — дуже сильна інтенсивність, хрестиком — прояви ознаки, протилежної до тієї, яка позначена у карті-схемі, хвиляста лінія — передбачення наявності певної характеристики і т.д.).

• Протокол спостереження починають з оцінювання зовнішнього вигляду дитини:

— особливості будови тіла (наявність диспропорцій і фізичних вад, відповідність віку фізичному розвитку, схильність до маскулінізації (у дівчаток) чи фемінізації (у хлопчиків), надлишкова повнота чи худорлявість, тип будови тіла: астеничний, атлетичний, пікнічний);

— охайність одягу, шкіри;

— колір обличчя (свідчить про стан здоров'я, емоційний стан у даний момент);

— особливі прикмети (шрами, тату і т.д.);

— загальний тон настрою протягом експерименту;

— характеристика рухів дитини;

— адекватність міміки і жестів;

— невротичні прояви — посилюються при наростанні напруженості й тривоги (тремтіння рук, знизування плечима, стереотипне гримасування, кусання нігтів або губів, шмогання носом, постійне перекладання предметів, сування на стільці, розхитування тощо);

— мовлення дитини:

• якщо нечітко вимовляє слова, шепелявить, гнусає, то можна робити припущення про наявність психічного недорозвитку;

• словниковий запас, точність висловлювання думки, вміння будувати складні речення — усе це свідчить про міру розумового розвитку та культурного рівня дитини;

• наявність у мові дитини аграматизмів, постійна зміна теми розмови, коли, не закінчивши говорити про одне, переходять до викладення іншого, схильність до ведення монологу (ніби відповідає на нечутні запитання) — усе це може бути симптомами серйозних порушень у психічному розвитку;

— інформація про емоційно-вольові прояви дитини:

• темп роботи і його зміни протягом обстеження;

• міра наполегливості при виконанні завдань;

• зосередженість або відволікання;

• як швидко з'являються ознаки втоми;

- чи намагається дитина проаналізувати завдання, що стоять перед нею, знайти різні варіанти вирішення, чи має вигляд безпорадної та розгубленої;

- як реагує на невдачу (чи реагує агресивно, чи звинувачує зовнішні обставини у невдачі, чи себе; чи намагається хитрувати, вгадуючи правильну відповідь, чи виправдовується та запевняє, що її помилки випадкові, чи сприймає невдачу байдуже);

- як реагує на підказку психолога, його зауваження та похвалу.

Діти, в яких немає порушень у розвитку психічної діяльності та відхилень у поведінці, під час обстеження поведуться серйозно, вони зібрані й активні, їм цікавий процес роботи, оцінка результатів, радіють успіху й похвалі. При невдачі засмучуються але не втрачають самовладання, намагаючись подолати труднощі.

2. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку проводиться в ігровій формі. Завдання, спрямовані на виявлення рівня розвитку пізнавальних процесів, доцільно об'єднати в один ігровий сюжет. Для цього вводять персонажа чи ряд персонажів, заради яких виконуються усі завдання. Персонажі беруть участь в оцінюванні діяльності дитини: радіють за правильного виконання, засмучуються за неправильного, дають поради, підказують, просять.

Порядок пропонування завдання — довільний, головне, щоб дитина не втрачала зацікавленості.

Дослідження уваги, сенсомоторної сфери та наочно-дійового мислення.

1. Дитині пропонують 10 кубиків розміром 8 см³. Показують побудовану з них «башту», «потяг», «міст».

У 3 роки: дитина сама буде «башту» з дев'яти кубиків, копіює модель «потяга» (4 кубики в ряд), буде за показом «міст» (1 кубик на 2-х).

У 3,5 роки: дитина сама копіює «міст» з моделі і виконує найпростіші завдання з кубиками Кооса, копіюючи їх із зразка, виконаного з кубиків такого самого розміру.

Після 4-х років: дитина виконує ці завдання (кубики Кооса), копіюючи із зразка, виконаного на папері в натуральну величину.

З 5-ти років: зразок — у зменшеному розмірі, норма — дитина виконує перші 6 таких завдань.

2. Завдання з геометричними формами:

- Методика «Дошки Сегена» (коло, трикутник, квадрат). Дитині демонструють зібрану дошку, яка потім у неї на очах «ламається». Дитину просять її «поремонтувати», знайти кожному шматку своє місце так, щоб стало усе рівненько, гладенько. У віці 3 років дитина легко порасться з цим завданням і починає виконувати вже складніші — складання фігур з елементів. У 4 роки — може зібрати перші три з усіх дошок Сегена, у 5 років — виконує усі завдання.

- Сорткування різнокольорових (3–5 кольорів) геометричних фігур за кольором, формою. З 4 років дитина вже починає узагальнювати за формою та кольором не тільки спеціальний стимульний матеріал, але й вирізняє ці ознаки в будь-яких предметах.

- Завдання: знайти серед викладених на столі карток із зображенням знайомих предметів (30–40 карток) картку з аналогічним такому зображенням (дитині дають картку). Дитині дають картку, питають, що на ній зображено, та пропонують знайти на столі таку саму картинку. Коли вона правильно виконує завдання, обидві картки забирають з її поля зору та пропонують наступну (всього 10 проб). У віці 3 років дитина знаходить 5–6 зображень, у 3,5 року — 8–10.

Оцінювання пам'яті.

- Дитині показують набір з 10 карток із зображеннями нескладних та знайомих їй предметів. Показуючи картки по одній (2 секунди), просять назвати їх. Поклавши картки у свою руку вιάлом, протилежною до дитини стороною, психолог говорить: «Відгадай, які картки у мене в руці? Ті, що відгадаєш, я віддам тобі». Після того, як дитина відгадає декілька карток, їй показують ті, що залишились, по одній та просять її знову назвати їх. За необхідності повторюють ці дії. З 3-х років діти вгадують 3–6 карток після шести повторів; з 4-х років — до 7 карток, але вже при меншій кількості повторів; у 5 років — 8–9 карток.

- Дитину просять виконати декілька дій підряд, наприклад, встати зі стільця, обійти навколо столу, взяти книжку, розкрити її, закрити, підійти з нею до дверей, постукавши рукою в двері, відчинити їх та повернутися на місце. З віку 3-х років дитина виконує 4–6 дій, після 4,5 року — усі дії.

- Дитину просять повторити фразу з 6–7 слів, потім ряд цифр (3–4 цифри). У 3 роки дитина повторює просту фразу з 6–7 слів

та сполучення з 3-х цифр. З 4-х років повторює складні фрази та сполучення з 4–5 цифр. У 5 років з набору 10 слів запам'ятовують 6–7.

Дослідження процесів мислення.

- Дошки Сегена, кубики Кооса.
- Методика складання малюнків, спочатку розрізаних на 3–4 рівних частини, а потім — на більшу кількість частин із складнішою конфігурацією.

- Класифікація предметів за родовою і функціональною ознакою (для чого призначений), розуміння змісту сюжетних картинок.

У 3 роки дитина правильно називає все, що зображено на малюнку, пояснює, хто та що робить, орієнтується в часі дії. У 4 роки дитина чітко орієнтується ще й у порах року. У 5 років дитина може згрупувати малюнки за сюжетами.

За нормального розвитку дитини в кінці дошкільного віку такі операції мислення, як аналіз, порівняння, узагальнення вже виконуються згорнуто.

Специфічні форми прояву емоційно-вольової сфери дошкільнят:

- ускладнюється встановлення контакту — у дітей із підвищеним рівнем тривожності, загальмованістю, невротичними реакціями;

- відхід від контакту — в аутичних дітей;

- легкість контакту, що поєднується з поверховістю — може бути пов'язана з інтелектуальним недорозвитком;

- відсутність реакції на похвалу — або не розуміє змісту і значення похвали, або байдужа до оцінки дорослого;

- різке поліпшення результативності виконання завдань після похвали — властиве невротизованим дітям;

- відсутність реакції на зауваження — це ознака або зниження інтелекту (не розуміє його значення), або розбещеність (обмеження та вказівки незвичні для дитини);

- реакції на труднощі і невдачу в діяльності:

- самі помічають свої невдачі («Ой!», «Неправильно», «Не так»), зосереджено переробляють завдання, намагаючись досягти правильного результату та звертаючись, за необхідності, до дорослого — в нормі;

- починає хаотично перебирати варіанти рішень, прагне виконати завдання до кінця — невротизованість;

- невинуватим гучний сміх або плач — у дітей з невротичними реакціями, а також у розбещених дітей;

- рухова розгальмованість у відповідь на невдачу — наявність мінімальної мозкової дисфункції та більш серйозних церебральних порушень (швидко та неадекватно маніпулює об'єктами, втрачає мету дій і не доводить виконання завдання до кінця);
- активна відмова від виконання завдання (агресивні дії) — при органічній збуджуваності й патохарактерологічних особливостях;
- пасивна відмова (мовчки перериває роботу і не робить спроб виправити помилку) — у дітей з інертністю психічних процесів;
- якщо дитина, якій більше 3-х років, постійно звертається до дорослого, питаючи, чи правильно вона виконує завдання, це може бути ознакою інфантилізму або результатом виховання за типом гіперопіки.

3. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, найчастіше перед шкільним психологом, який працює з 6–7-річними дітьми, стоїть завдання — визначити ступінь готовності дитини до навчання у школі. Якщо в процесі навчання першокласників з'ясується, що вони не встигають засвоювати навчальну програму, то в них теж визначають шкільну зрілість.

Для цього оцінюють:

- рівень розвитку довільної уваги;
- рівень саморегуляції (вміння діяти за правилами);
- ступінь розвитку сенсомоторних зв'язків і тонкої моторики руки;
- недоліки у мовному розвитку;
- зорово-просторову орієнтацію.

Для діагностики рівня шкільної зрілості використовують такі методики:

- тест шкільної зрілості Керна-Йерасика;
- методику «Будиночок»;
- завдання, спрямовані на впізнавання, розрізнення та порівняння звуків (для оцінювання стану фонематичного сприймання);
- методики дослідження психічних процесів:
- обстеження уваги, темпу сенсомоторних реакцій і стану працездатності проводиться традиційними методами: коректурна проба, лічба за Крепеліним, відрахування та

віднімання чисел, пошук числа за таблицями Шульте, проби на перенесення уваги;

- обстеження пам'яті: тест зорової пам'яті, тест слухової пам'яті, методика запам'ятовування 10 слів, методика піктограм (опосередковане запам'ятовування);
- дослідження процесів мислення та рівня інтелекту: тест Векслера, шкала інтелекту Біне–Сімона, шкала розвитку Гезелла, складання малюнків та відрізків, кубики Кооса, прогресивні матриці Равена, методики класифікації та виділення предметів, методика «Створення аналогій» та ін.

У випадку нерівномірності показників успішності функціонування пізнавальної сфери необхідно використовувати методи нейропсихологічної діагностики. Наприклад:

- якщо дитина з нормально розвиненим інтелектом не може оволодіти навичками читання (дислексія), письма (дисграфія), лічби (дискалькулія);
- якщо дитина з нормальним станом зору та інтелекту не може зрозуміти зв'язків і співвідношення між деталями малюнка, збагнути його зміст;
- якщо дитина 4–7 років, добре розуміючи звернену до неї мову, не може говорити (при зовнішньо нормальній будові мовного апарату) і спілкується за допомогою жестів або нечленороздільних звуків (моторна алалія).

Причини порушення психічного розвитку:

- органічні ураження головного мозку на ранніх етапах онтогенезу;
- загальні неспецифічні розлади мозкової діяльності, що відображають дискоординацію кірково-підкіркових функціональних відношень:

а) розлади загальної нейродинаміки (виявляються у підвищеній виснаженості, порушенні темпу і рухливості психічних процесів, порушенні працездатності і т.д.);

б) порушення довільності та цілеспрямованості пізнавальної діяльності (відсутність чи нестійкість пізнавальних мотивів, нестійкість довільної уваги та контролю, труднощі планування заданої психічної операції).

І. Марковська розробила нейропсихологічну методику, призначену для дослідження порушень психічного розвитку дітей, починаючи з 7 років.

На підставі результатів за цією методикою можна скласти індивідуальний «профіль» нейропсихологічних характеристик дитини:

- інтенсивність (тяжкість) та екстенсивність (поширеність) порушень психічних функцій;
- визначення провідного фактора, який перешкоджає виконанню завдань, а отже і засвоєнню шкільних навичок.

Наприклад, якщо дитина з усіх завдань отримує оцінки «4» — «3», то провідним фактором є порушення нейродинаміки (тобто виснажуваність, знижена працездатність, порушення темпу й рухливості нервових процесів); якщо більшість завдань дитина виконує на «4» — «5», а тільки з деяких (навіть з одного) має «2», то це свідчить про наявність порушення функцій кори головного мозку; якщо з усіх завдань дитина отримує не більше «3» балів, то це свідчить про серйозне порушення вищих форм регуляції (програмування цілісних дій та контроль за їх виконанням).

4. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, вивчаючи особистісний розвиток дитини, якій властиві відхилення в поведінці, психолог стикається з низкою проблем:

1) немає такого методу, який може цілком розкрити справжню сутність людини; тому, використовуючи ту чи іншу методику, психолог отримує відомості про часткові особистісні прояви, на основі яких складає цілісне уявлення про особистість;

2) якщо поведінка дитини відхиляється від суспільно схвалюваних норм, це може бути пов'язане з порушеннями в розвитку психіки, зумовленими як біологічними, так і соціальними факторами;

3) зважаючи на те, що процес становлення особистості дітей спрямовується дорослими, необхідно проводити дослідження особистості дитини у загальному контексті соціальної ситуації її розвитку.

У зв'язку з цим вибір методів дослідження в особистісному розвитку дитини складніший, ніж аналогічне завдання в роботі з дорослим пацієнтом.

Умовно методи дослідження особистості можна розподілити на дві групи:

а) методи інтегральної оцінки особистості дитини у контексті соціальної ситуації її розвитку:

- проєктивні методи (призначені для діагностики особистості, для них характерний глобальний підхід до оцінки

особистості, істотною ознакою є використання невизначених стимулів, які досліджуваний повинен сам доповнювати, інтерпретувати, розвивати і т.д.; приклади завдань у проєктивних методиках: виконати малюнок на задану тему, проінтерпретувати запропоновані картинки, завершити речення і т.д.; вважається, що характер відповідей обстежуваного обумовлений особливостями його особистості, які проєктуються у його відповідях);

— методи спостереження;

— вивчення взаємин батьків і дітей;

б) методи дослідження структурних компонентів особистості, які використовуються для вивчення конкретних особистісних проявів за допомогою моделювання ситуацій, конкретних видів діяльності, застосування особистісних опитувальників та ін.

Запитання для самоперевірки

1. Чому у патопсихологічному дослідженні дітей важливо досліджувати пізнавальні процеси?

2. Яким чином досліджуються пізнавальні процеси дітей?

3. Яким чином досліджуються емоційно-вольові процеси дітей?

4. Складіть перелік рекомендацій щодо проведення бесіди з дітьми з метою з'ясування порушень у психічному розвитку.

5. У чому полягають особливості проведення спостереження за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку?

6. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують увагу, сенсомоторну сферу та наочно-дійове мислення дошкільнят.

7. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують пам'ять дошкільнят.

8. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують процеси мислення дошкільнят.

9. Наведіть приклади специфічних форм прояву емоційно-вольової сфери дошкільнят.

10. Які параметри оцінюють для визначення шкільної зрілості першокласників?

11. За допомогою яких методик оцінюють шкільну зрілість?

12. Назвіть причини порушень психічного розвитку дітей шкільного віку.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ

1. Мета та принципи консультативно-коригуючої роботи

Психологові, який працює в системі освіти, часто доводиться проводити психокоригувальну роботу.

Психокорекція — метод комплексного психологічного впливу на мету, мотиви та структуру поведінки суб'єкта, а також на розвиток певних психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення.

Головне завдання — навчання та тренінг, засвоєння нових навичок поведінки, спілкування, запам'ятання тощо.

Консультавання — метод психологічної допомоги, мета якого — з допомогою спеціально організованого спілкування активізувати у клієнта додаткові психологічні сили та здібності, які можуть забезпечити спосіб виходу з важкої життєвої ситуації.

Види психокоригувальної роботи:

- індивідуальне психокоригування;
- групове психокоригування,
- психотренінг;
- консультативна робота із сім'єю.

Принципи консультативно-коригувальної роботи:

- відкритість для дітей;
- співпереживання дитині та цінування її;
- терплячість до сутності дитини;
- ставлення до внутрішнього світу дитини з добротою, ласкою та ніжністю;
- конфіденційність — усе, що розповідає дитина психологові в ході бесіди, не може бути повідомлене педагогам і навіть батькам дитини. Виняток — інформація має загрозливий для життя та здоров'я оточуючих характер (наприклад, підліток повідомляє про підготовку вбивства, підпалу, втечі і т.д.); якщо інформація торкається здоров'я самого підлітка (вагітність, венеричне захворювання, вживання наркотиків, прагнення до самогубства), бажано разом з ним прийти на консультацію до лікаря відповідного профілю та переконати підлітка розповісти про те, що сталося, батькам.

2. Індивідуальна та групова психологічна корекція

Індивідуальна психокорекція в найпростішому варіанті проводиться в ході психодіагностики: дитина заохочується за правильного виконання завдань, з нею разом виробляється оптимальна стратегія навчання, здійснюються спроби корекції самооцінки.

Показання для проведення:

- дошкільний вік дитини;
- наявність істотних дефектів зовнішності або тяжких соматичних захворювань;
- ситуації «швидкої допомоги» (виявлені в ході обстеження інтенсивні агресивні та аутоагресивні тенденції);
- інтимний характер проблем (потерпілі від сексуального насильства, дисморфоманії та ін.);
- кризи втрати сенсу буття;
- шизоїдна акцентуація та психопатія.

Якщо у підлітка психічне захворювання, то проводити психокорекцію психолог повинен з лікарем хворого.

Спроби психокорекції таких станів, як маячення, виражена депресія, немотивована агресія, сексуальні девіації, в умовах роботи шкільного психолога неприпустимі.

Напрями, за якими може проводитись індивідуальна психокорекція, такі.

1. Ігрова терапія (Г. Лендрет) — з дітьми 3–10 років та старшого віку за наявності в них затримки психічного розвитку або тяжких порушень спілкування. Допомагає при таких порушеннях:

- трихотиломанія (висмикування волосся);
- порушення спілкування;
- порушення емоційного стану після стресу;
- труднощі в навчанні та мовному розвитку;
- заїкання;
- висока тривожність;
- занижена самооцінка та ін.

Тривалість занять — 30–45 хв. Мета — дати можливість дитині розрядити свої переживання, дати вихід нагромадженим негативним емоціям, сформувані оптимальні навички спілкування та взаємодії.

2. Психодрама (Д. Морено) — використовується в роботі з дітьми та підлітками 10–17 років. Допомагає при:

- конфліктних ситуаціях з батьками;

- страхах;
- шкільній тривожності;
- внутрішньоособистісному конфлікті;
- нервовій анорексії;
- порушенні потягів.

Психодрама створює умови для вираження емоцій та усвідомлення можливостей по-новому оцінити ситуацію. У деяких випадках вдається змінити мотивацію поведінки або знайти нові способи досягнення мети.

3. Логотерапія (В. Франкл) — метод парадоксальної інтенції — підлітку з яким-небудь страхом чи нав'язливою ідеєю пропонують не пригнічувати його, а, навпаки, свідомо його демонструвати. Це сприяє зменшенню чи зникненню тривожності щодо такого стану, а інколи — і ліквідації самих проявів неврозу.

4. Нейролінгвістичне програмування (Р. Бендлер і Д. Гріндер) — може використовуватись у роботі з дітьми й підлітками будь-якого віку та при будь-яких формах особистісних порушень. Неefективне при вираженій розумовій відсталості; для дітей з нормальним інтелектом може використовуватися з 4–5-річного віку. Мета — зміна набутих дитиною стереотипів спілкування, навчання більш ефективних.

Групова психокорекція — успішна при: страхах, заїканні, високій агресивності, порушеннях спілкування, неадекватній самооцінці та соціальній дезадаптації, епізодичному нарковживанні.

Протипоказання для групової психокорекції:

- наявність психічних розладів (маячення, галюцинації, недоумство);
- виражена рухова розгальмованість;
- проблеми інтимно-особистісного характеру (сексуальні порушення, пережиті психотравми тощо);
- виражена шизоїдна психопатія;
- наркоманія I–II стадії;
- активне небажання підлітка працювати у групі.

Принципи відбору до групи:

- 1) відносна однорідність групи за віком (різниця не більша 3-х років);
- 2) максимальна різномірність з акцентуаціями;
- 3) у дошкільнят та молодших школярів можливе функціонування групи хлопчиків та дівчаток разом, у підлітків — краще окремо;

- 4) оптимальна чисельність групи — 5–10 осіб;
- 5) бажана закритість групи.

Перед початком роботи в групі обов'язково проводять ретельне патопсихологічне обстеження дітей, консультації з лікарем, який лікує дану дитину, згода самої дитини та її батьків на таку форму роботи.

3. Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку

Кожен тип порушень потребує специфічної психологічної корекції. Важливим завданням психолога є робота з батьками хворої дитини, оптимізація їх спілкування, надання розвиваючої допомоги дитині.

- При *недорозвитку з переважним порушенням функції мови* необхідна специфічна стимуляція, спрямована на використання слів та речень. Мати повинна формувати в дитини потребу спілкування. Не варто негайно задовольняти кожне бажання дитини, треба дати їй можливість виразити своє прохання доступними засобами. Мати повинна сама вимовити потрібне слово, потім робиться пауза, доки дитина не повторить його. Якщо дитина робить це, мати радісно посміхається, хвалить її та задовольняє прохання. Під час ігор мати наслідує звуки, які вимовляє дитина, а потім спонукає вимовляти нові звуки та слова.

- При *олігофренії* — довго не формується розуміння інструкцій, зверненої до дитини мови. Усі інструкції мають бути короткими, супроводжуватись наочним показом, жестом. Виконання інструкцій треба завжди заохочувати. У навчанні мови важливо, щоб дитина розуміла значення слів. Легше вона їх засвоює на наочному показі, за можливості маніпулювати з предметом, який називається.

- При *затримці психічного розвитку* — за рівнем інтелекту ці діти в більшості випадків здатні засвоїти знання та вміння, відповідні їх вікові, але незрілість емоційно-вольової, мотиваційної сфери перешкоджає цьому. Усі заняття слід проводити в ігровій формі, максимально заохочувати прояви власних пізнавальних інтересів дитини, її самостійності. У молодшому шкільному віці багато хто з дітей цього типу не здатен самостійно виконувати домашні завдання, їм потрібна організуюча допомога дорослих. Для цих дітей особливо важливим є дотримання режиму дня, розкладу підготовки до уроків, охайне робоче місце. Поступово

слід зменшувати контроль та організуючу допомогу для того, щоб до 3–4-го класу дитина могла самостійно впоратися з домашніми завданнями, виконувати доручення дорослих — сходити до крамниці, прибрати і т.д.

Вчителям та батькам слід знати, що в дітей із затримкою психічного розвитку недостатньо сформована навчальна мотивація, а засвоєння програми масової школи може бути дуже ускладненим. Тому слід максимально заохочувати дитину за будь-які досягнення і не вимагати від неї відмінного навчання.

За необхідності можна проводити з такими дітьми психотренінгові вправи, спрямовані на розвиток уваги та пам'яті. Бажано, щоб під час цих вправ дитина інколи мінялася місцем з дорослим, виконуючи роль «тренера», «вчителя». Це допомагає їй зрозуміти специфіку навчальної діяльності, необхідність дисципліни у школі.

Вчителям та батькам слід знати, що в дітей із затримкою психічного розвитку недостатньо сформована навчальна мотивація, а засвоєння програми масової школи може бути дуже ускладненим. Тому слід максимально заохочувати дитину за будь-які досягнення і не вимагати від неї відмінного навчання.

- При *органічних ураженнях центральної нервової системи* навчальна і розвиваюча функція навчання має бути спрямована на компенсацію дефекту, максимальне використання збережених можливостей психіки. Так, при порушеннях моторного розвитку дитини, церебральних паралічах проводяться масаж, стимуляція активних дій із предметами. Мати показує малюку іграшку, виконує дії, супроводжуючи їх словами та реченнями. Таким чином дитина набуває мовних вражень, у неї розвивається здатність наслідувати рухи та мову оточуючих. Але не слід спонукати таких дітей до мовлення. Інструкції типу «скажи», «повтори» можуть викликати в них спазм мускулатури, посилення мимовільних рухів.

- Для дітей з *порушеннями працездатності (підвищеній втомлюваності, утрудненій впрацьовуваності)* особливе значення мають психогігієнічні заходи: чіткий режим дня, достатній сон, наявність відпочинку, пауза під час виконання домашніх завдань.

- При *міжпівкульній дисфункції* діти потребують допомоги в ході засвоєння абстрактних, особливо математичних, понять. Тому їх важливо навчити фіксувати головне в завданні, його умову, малювати «ілюстрації» до засвоєної теми. Це дає змогу досягти більшого розуміння дитиною та допомагає дорослому проконтролювати її знання. Рекомендують також вправи психотренінгу.

- Діти з *викривленням психічним розвитком, раннім дитячим аутизмом* потребують спеціальної допомоги психолога, спрямо-

ваної не лише на корекцію та розвиток психіки дитини, а й формування нормальної системи стосунків дитини з батьками. Опис системи цієї роботи поданий у книгах А. Співаковської.

Основним методом корекції в роботі з такими дітьми виступають ігрові заняття. Їх мета є встановити всебічний контакт з дитиною, створити стійку спільну гру, розвинути навички спілкування.

За тяжких ступенів аутизму (I–II рівні) можна застосовувати процедуру холдингу, під час якої мати тривалий час тримає дитину обличчям до себе, долаючи її опір, лагідно розмовляючи з нею. Батьки мають враховувати схильність своєї дитини до стереотипів, її жах, коли виникають зміни оточення, режиму дня. Будь-які зміни слід запроваджувати поступово, обов'язково пояснюючи, навіщо вони. Важливо створювати умови для розвитку рухів дитини з аутизмом: драбинка, канати, гойдалки. У багатьох дітей цього типу пізно формуються навички самообслуговування; батькам слід приділяти цьому додаткову увагу, заохочуючи самостійність дитини, її побутову орієнтованість.

4. Психотренінг

Це комплекс вправ, спрямованих на розвиток психічних процесів: уваги, пам'яті, мислення та ін. Широко застосовується для поліпшення успішності в дітей із затримкою психічного розвитку. Заняття можуть проводитись індивідуально або в невеликих групах (3–6 чел.). Тривалість заняття 30–45 хв. Окремі вправи можна включати й у хід звичайного уроку та застосовувати в роботі вдома (з батьками). Як наочні матеріали бажано використовувати альбоми типу «Розвивайте розум дітей» Ю. Гільбуха.

Важливим та часто застосовуваним видом психотренінгу є аутотренінг. Аутогенне тренування — активний метод психопрофілактики та психогігієни, який підвищує можливість саморегуляції довільних функцій організму.

Аутогенне тренування з успіхом використовується при неврозах, психосоматичних захворюваннях, станах тривоги, розладах сну тощо.

Протипоказання: стан гострого психозу, порушення свідомості, низький інтелектуальний рівень, дошкільний вік дитини.

Навчання аутотренінгу проводиться переважно в групі для того, щоб її члени надалі застосовували його самостійно в міру виникнення потреби.

Заняття вимагає певного приміщення й обладнання. Приміщення має бути добре провітрюваним і теплим, ізольованим від зовнішнього шуму. Бажаним є несліпуче освітлення. Умеблювання: м'які крісла з підлокітниками та кушетка з подушками. Бажана також наявність магнітофона або іншої музичної апаратури. Одне заняття триває 30–40 хв., курс розрахований на 9–10 занять з частотою 2–3 рази на тиждень.

Результативність аутогенного тренування вимірюється здатністю особи підтримувати бажаний бадьорий стан протягом дня і спокійно засинати ввечері.

Будь-які корекційні та тренінгові заняття може проводити психолог, який має відповідну кваліфікацію, пройшов підготовку на курсах, прослухав тренінг-семінари з обраного ним типу коригувальної роботи.

Використання методів, які включають біоенергетичний вплив або викликають зміни станів свідомості в дітей та підлітків, неприпустиме.

Запитання для самоперевірки

- 1. Які види психокоригувальної роботи здійснює психолог на основі результатів, отриманих у ході патопсихологічного дослідження?*
- 2. Яких принципів консультативно-коригувальної роботи повинен дотримуватися психолог?*
- 3. Назвіть показання для проведення індивідуальної психокорекції.*
- 4. Як саме може проводитись індивідуальне психокоригування?*
- 5. У яких випадках проводять групове психокоригування?*
- 6. Назвіть протипоказання для групового психокоригування.*
- 7. На що слід звернути увагу під час коригування в разі недорозвитку з переважним порушенням функції мови?*
- 8. На що слід звернути увагу в процесі коригування при олігофренії?*
- 9. На що слід звернути увагу у корекції при ЗПР?*
- 10. На що слід звернути увагу в процесі коригування при органічних ураженнях НС?*
- 11. На що слід звернути увагу в процесі коригування при порушеннях працездатності?*
- 12. На що слід звернути увагу в процесі коригування при міжпівкульній дисфункції?*
- 13. На що слід звернути увагу в процесі коригування при ранньому дитячому артизмі?*
- 14. У чому суть психотренінгу?*
- 15. Чи може психолог, надаючи психологічну допомогу дітям, підліткам з порушеннями психічного розвитку, застосовувати біоенергетичний вплив?*

ЗМІНА СОЦІАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ РОЗВИТКУ ДИТИНИ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

1. Поняття та значення зміни соціальної ситуації розвитку дитини

Часто виникає необхідність впливу різних соціальних служб у зміні умов навчання та виховання дитини з метою психологічної корекції її особистісного розвитку.

Соціальна ситуація розвитку — це поєднання зовнішніх обставин життя дитини з тим, як вона їх переживає. Обставини зумовлюються як макросоціумом (економічні, культурно-історичні, національні особливості та ін.), так і мікросоціумом (сім'я, школа, однолітки, значущі дорослі та ін.). Вплив мікросоціуму більш очевидний і значно більшою мірою може бути змінений.

Тому в цій темі розглянемо можливості соціальної ситуації розвитку дитини у вузькому розумінні, як те реальне коло спілкування, де відбувається виховання та навчання дитини (за Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун).

Зміна соціальної ситуації розвитку дитини у неблагополучній сім'ї. У даному випадку діють закони, інструкції. Неблагополучні сім'ї — ті, де батьки страждають на психічні захворювання, алкоголізм, наркоманію, олігофренію. Через свій стан вони не мають ні можливості, ні бажання займатись вихованням дитини. У цих сім'ях, звичайно, не задовольняються навіть елементарні потреби дитини в їжі, чистоті, спілкуванні з однолітками, бувають випадки жорстокої поведінки з дитиною, сексуального примусу.

Якщо психологу чи педагогу відомо про таке становище дитини в сім'ї, він має право привернути до цього увагу правоохоронних органів, інспекції у справах неповнолітніх, соціального працівника. До компетенції цих служб входить порушення питання про позбавлення батьківських прав, установа опікунства, передачу дитини на виховання до дитячого будинку та інтернату.

Встановлення опікунства здійснюється, коли дитина, позбавлена батьківського піклування, передається на виховання іншим родичам або стороннім людям (наприклад, сусідам). Якщо ж ро-

дичів чи інших дорослих, які хочуть і мають змогу виховувати цих дітей, немає, то діти повинні бути відправлені до дитячого будинку.

Реально в Україні є три види різних закладів:

- будинок дитини (тобто цілодобові ясла);
- дитячий будинок (тобто цілодобовий дитячий садочок);
- школа-інтернат.

Переведення до кожного наступного закладу є стресовим фактором для дитини.

Зміна соціальної ситуації розвитку дитини у випадку неправильного виховання при зовні благополучній сім'ї. Як правило, такі сім'ї недосяжні для будь-якого впливу і звертаються за допомогою лише тоді, коли соціальна дезадаптація дитини стає очевидною вже і для батьків.

У такому випадку, не втручаючись у життя сім'ї, шкільний психолог (або педагог) повинен проводити роботу, що компенсує несприятливий вплив сімейного оточення (наприклад, якщо дитина виховується в ситуації гіпопротекції, педагогу слід виявити до неї більше уваги, піклування, здійснювати ненав'язливий контроль за її успішністю, сприяти розширенню світогляду та пошуку сфери самоствердження тощо).

2. Система різнобічного оцінювання як засіб психолого-педагогічної корекції особистісного розвитку підлітка

Застосовується, коли в дитини формується важковиховуваність, а змінювати ситуацію розвитку у сім'ї, яка зумовлює появу негативних особистісних утворень, шляхи впливу на батьків не вдається.

Системоутворювальним фактором важковиховуваності є розбіжність ставлень (система ставлень таких дітей характеризується конфліктністю, негативними переживаннями).

Тому корекцію соціально дезадаптованої поведінки учнів слід починати із зміни їх ставлень до себе та інших. Треба створити навколо такого підлітка атмосферу доброзичливості, забарвлену позитивним емоційним фоном, зняти конфліктність у спілкуванні з педагогами та однокласниками.

Щоб усунути негативні емоційні переживання, пов'язані з навчанням, слід деякий час уникати негативного оцінювання стосовно учня. Протягом 3–4 тижнів учитель повинен зменшувати мі-

ру вимогливості до нього, не «помічати» його негативних впливів, але активно підкріплювати будь-які позитивні прояви, кожен успіх. Треба допомогти школяреві включитись у таку діяльність, де він зможе досягти позитивних результатів у досить стислі терміни, тоді в педагога буде привід його похвалити.

Доцільно допомогти учневі зайняти в класі таку позицію, яка дала б йому можливість впевнитись у необґрунтованості своїх претензій до однокласників, переконала б його у доброзичливому, справедливому ставленні до нього інших дітей.

Система різнобічного оцінювання містить у собі три напрями:

- 1) організація роботи щодо підвищення рівня досягнень учнів;
- 2) організація роботи щодо згуртування колективу класу, підвищення ступеня його референтності стосовно важких учнів;
- 3) організація перевірки знань учнів за «системою взаємооцінок».

Роботу за цими напрямками проводять педагоги-предметники, класний керівник, опосередковано — організатор з виховної роботи:

1) вчителі надають індивідуальну допомогу учням, які відстають з тієї чи іншої дисципліни;

2) коли клас уже не становить для підлітка референтної групи, виховання в умовах цього класу вкрай ускладнене, а нерідко й практично неможливе;

3) система взаємооцінок дає змогу залучати до виховного процесу найважливіший фактор — самооцінку підлітком своєї діяльності та оцінку наслідків цієї ж діяльності його однокласниками; необхідність виступити в ролі оцінюючого спонукає учня до активного пошуку еталонів цієї оцінки, до об'єктивного аналізу діяльності однокласників і своєї власної.

Застосування системи різнобічного оцінювання (за умови достатньої референтності колективу однокласників) сприяє формуванню в підлітка адекватної оцінки своєї поведінки, отже і зниженню проявів соціальної дезадаптації.

Поряд із застосуванням вчителями-предметниками системи «взаємооцінок» класний керівник проводить додаткову роботу щодо включення підлітка в ситуації оцінювання (в ході виконання доручень вчителя, у спілкуванні з однокласниками).

3. Оптимізація соціальної ситуації розвитку дитини шляхом диференціювання навчання

Неблагополучність соціальної ситуації розвитку дитини може бути детермінована не лише сферою сімейних стосунків, а й шкільними проблемами.

Ситуація в школі може бути оцінена як абсолютно несприятлива у випадках, коли дитина навчається за програмою, яка не відповідає її інтелектуальним можливостям; коли дитина виявляє психотичні чи невротичні реакції на перебування у даному навчальному закладі. У таких випадках необхідно негайно змінити умови навчання: перевести у школу з відповідною навчальною програмою, перевести до іншого класу чи школи, тимчасово навчати вдома, використати екстернат.

Рішення про направлення дитини до того чи іншого типу спеціальної школи в Україні належить до компетенції психолого-педагогічної консультації, бо для правильного вибору місця і форми навчання дитина має бути обстежена всіма фахівцями, мають бути з'ясовані особливості її психічного та інтелектуального розвитку, стиль засвоєння шкільних знань, умінь, навичок.

За сучасним законодавством, звернення у консультацію є справою добровільною і залежить від бажання батьків даної дитини. Шкільна адміністрація, лікар-психіатр чи шкільний психолог можуть лише запропонувати батькам змінити місце навчання й рекомендувати відвідати психолого-медико-педагогічну консультацію (ПМПК).

Часто батьки ігнорують особливості психічного розвитку дитини, наполягають на тому, щоб їх дитина вчилася у масовій школі, навіть якщо вона нездатна опанувати її програму. Причини:

- викривлена чи недостатня поінформованість про типи спеціальних шкіл (вони сприймаються як школи для «неповноцінних»), що перебування там послаблює контакт дитини з сім'єю;
- хвилює думка родичів та сусідів;
- хвилюють проблеми працевлаштування після закінчення спецшколи та ін.

Психолог, соціальний педагог, соціальний працівник повинен бути проінформованим про те, які спеціальні школи є в районі чи місті, проводити роз'яснювальну роботу серед батьків.

Якщо диференційоване навчання здійснюється в масовій школі, то відбір дітей у класи підвищеної педагогічної уваги звичайно проводить шкільний психолог разом з педагогами молодших

класів. Така форма допомоги доцільна для дітей з нескладною затримкою психічного розвитку, мінімальною мозковою дисфункцією. Але не можна покладати на ці класи обов'язки навчання дітей з олігофренією.

Для направлення дитини у психолого-медико-педагогічну консультацію необхідні досить серйозні підстави. Для дітей, які раніше не навчалися, це, передусім, — перебування на обліку та лікування у психіатра з приводу захворювання, що порушує психічний розвиток дитини (олігофренія, органічне ураження центральної нервової системи, затримка психічного розвитку і т.д.). У випадку, якщо дитина раніше на обліку не перебувала, а під час обстеження перед вступом до першого класу психолог виявив виражені порушення психічного розвитку (недорозвиток мови, моторики, інтелекту, порушення функції спілкування), психолог повинен направити дитину на обстеження до дитячого психіатра, а той, у свою чергу, у ПМПК.

Якщо дитина вчиться у масовій школі, то її направлення у ПМПК може бути обґрунтоване неможливістю опанування шкільної програми, вираженими порушеннями поведінки.

- За направлення дитини у консультацію потрібні такі документи:
- витяг з історії розвитку дитини з результатами обстеження усіх спеціалістів (особливо отоларинголога (ЛОР) та окуліста, а якщо є підозра щодо порушень слуху, то й у сурдолога);
 - висновок про стан психічної хвороби — від районного лікаря-психіатра;
 - зі школи: педагогічна характеристика, таблиць успішності (якщо дитина раніше навчалась), та, за можливістю, висновок психолога й логопеда.

Психолого-педагогічна характеристика повинна задовольняти такі вимоги:

1. Бути підсумком спостережень. У ній має бути вказано, які заходи здійснювались вчителями, щоб допомогти дитині, яка відстала, якою була динаміка її розвитку протягом навчання.
2. Підбирати й систематизувати факти. Вони мають бути характерними для поведінки даної дитини й викладатись послідовно.
3. Уникати абстрактних та оцінних суджень. Висловлювання типу «порушує дисципліну», «займається своїми справами» несуть мало інформації і неконкретні.
4. Зазначити позитивні риси дитини.

У характеристиці обов'язково мають бути:

1. Формальні дані. Якщо дитина навчалась у школі декілька років, то характеристики даються за кожен рік окремо. На характеристиці обов'язково повинна бути дата й підписи вчителя, директора школи та шкільного психолога. Необхідно точно вказати дату, коли дитина була віддана до школи, в яких школах навчалась раніше, чи залишалась на другий рік, чи були довготривалі пропуски занять та з яких причин. Обов'язково слід вказати причини направлення дитини на комісію.

2. Стан шкільних знань і навичок дитини. Тут мають бути відповіді на такі питання:

- що засвоїла дитина з пройденого матеріалу;
- як ставиться дитина до своїх невдач у навчанні;
- які види допомоги застосовувались вчителем для подолання труднощів;
- яких результатів вдалось досягти;
- розуміння дитиною вимог вчителя;
- участь у роботі класу;
- втомлюваність;
- збудливість.

Загальна характеристика особистості дитини та особливостей її поведінки у школі сприяє більш глибокому розумінню причин поганої успішності.

Разом з педагогічною характеристикою бажано подати у ПМПК також продукти діяльності дитини — зошити, контрольні роботи, малюнки, результати психологічного обстеження.

Діти з порушеннями психічного розвитку можуть навчатись не лише у спеціальних школах, а й вдома, у приватній школі, екстерно, за індивідуальною програмою.

Навчання дитини вдома може бути пов'язане з її тяжким психічним чи фізичним станом. Їх навчання проводиться на основі висновку лікувального закладу та з дозволу районного (міського) відділу народної освіти. Навчання вдома організовується найближчою школою, що контролює роботу вчителя і піклується про школярів, які навчаються індивідуально або у спецшколі за допомогою програмою.

Індивідуальне навчання дозволяється за таких психічних станів, як:

- виражений психопатоподібний стан з руховою розгальмованістю;
- стан після перенесеного нападу шизофренії;
- епілептичні напади тощо.

4. Рання професійна орієнтація як пошук сфери самоствердження підлітка

Головним новоутворенням підліткового віку є почуття дорослості. Якщо підліток не може задовольнити свою потребу у самоствердженні у єдиному відомій йому соціально-схвалюваній діяльності — навчанні, то він шукає інших можливостей. У цьому плані рання професійна орієнтація стає рятівним шляхом, що дозволяє обійти «прірву» асоціальної орієнтації.

Шкільний психолог повинен вміти правильно зорієнтувати підлітка та його батьків у вирішенні проблеми вибору дев'ятикласниками свого подальшого життєвого шляху.

Підлітки з *нестійкою акцентуацією характеру* потребують постійного контролю, вимогливості, дисципліни (ззовні), їм підійде навчальний заклад армійського типу, де вони будуть підкорятись дисципліні завдяки властивій їм навіюваності — їх однолітки теж так чинять.

Підліткам з *гіпертимною акцентуацією характеру* слід обирати трудову діяльність, що потребує винахідливості, рішучості, наполегливості (робота менеджера, підприємницька діяльність тощо).

Підліткам з *епілептоїдною акцентуацією* варто обирати діяльність, що потребує одноманітності, чіткості, посидючості (рукоділья, мозаїка, гравіювальні роботи).

Підліткам з *істероїдною акцентуацією* слід обирати діяльність, де вони зможуть задовольнити свою потребу бути в центрі уваги (якщо досить розвинуті інтелектуально і художньо — актор, артист естради та ін.; екскурсовод, адміністратор; офіціант, манекенниця, стюардеса).

Вибір професії для підлітка з акцентуацією визначає ступінь соціальної адаптації у дорослому житті.

Для підлітка з відхиленнями у розвитку психіки вибір професії є вирішальним для його життя.

За порушень психічного розвитку існують обмеження стосовно певних видів робіт, а за важких порушень виникає необхідність у встановленні інвалідності.

Епілепсія — категорично протипоказані усі види робіт, пов'язані з перебуванням біля вогню, води, на висоті, біля механізмів, що рухаються, зі струмом високої напруги, зброєю, ріжучими інструментами. Забороняється працювати водіями, машиністами, диспетчерами. Якщо напади бувають частіше одного разу на місяць — не рекомендуються спеціальності, пов'язані з відрядженнями, тривалими поїздками. За частих нападів (більше п'яти разів

на місяць) встановлюється інвалідність I–III групи. Для вирішення питання про інвалідність призначається трудова експертиза.

Порушення емоційної сфери особистості — образливість, злопам'ятливість, мстивість, злостивість — знижують здатність хворих до спілкування. Такі хворі навіть після працевлаштування у відповідності з їх знаннями та навичками можуть дезорганізувати усю роботу. Наприклад, через надмірне почуття обов'язку й недостатню критичність до своїх дій вони здатні до агресивних проявів. Так, охоронець, двірник або прибиральник можуть вдатись до фізичного насильства щодо осіб, які порушують порядок, чистоту.

Психорганічний синдром з граничною інтелектуальною недостатністю — обмежена можливість виконання тих видів робіт, які потребують швидкої орієнтації, переключення та перерозподілу уваги, високого темпу. До таких спеціальностей належать: вальцовальники, електрики біля щита, диспетчер, конвеєрні та багатроверстатні роботи. Таким підліткам треба рекомендувати ті види праці, які потребують невеликого обсягу уваги, виконуються з нерегламентованою швидкістю, засвоюються без тривалого спеціального навчання (вантажник, штампувальник, озеленювач).

Органічне ураження центральної нервової системи — працездатність обмежена при виконанні робіт, що потребують уваги, значного фізичного напруження, тривалих одноманітних зусиль, а також пов'язаних з перебуванням у шумному приміщенні. Рекомендовані види робіт, що припускають перерви та переключення уваги з одного об'єкта на інший, не пов'язані з великим фізичним та інтелектуальним напруженням (слюсар-складальник, столяр, тесля, майстер з ремонту побутових електроприладів, палітурник, фотограф, швачка і т.п.). У сільській місцевості таким хворим протипоказані види робіт, пов'язані з тривалим перебуванням на сонці, шумом, вібрацією (робота на тракторі, комбайні). Рекомендована робота комірника, агронома, зоотехніка, ремонтника.

Психопатія — працездатність обмежена при таких видах робіт, де необхідна стійка концентрація уваги (водії, оператори пультів управління, авіадиспетчери та ін.). Небажаними є роботи, пов'язані з постійним міжособистісним спілкуванням (вихователь, педагог, майстер ПТУ тощо). Рекомендується робота в невеликому колективі, не пов'язана з постійним спілкуванням, з людьми та особистою відповідальністю за життя та безпеку оточуючих (архіваріус, лаборант, кресляр, садівник, городник, пасічник).

Питання про можливість післяшкільної освіти і працевлаштування підлітків, які перенесли психотичні стани (маніакально-депресивний психоз, шизофренію, періодичний психоз),

обов'язково має вирішувати лікар-психіатр із врахуванням особливостей перебігу та прогнозу захворювання.

При психічному недорозвитку (олігофренії) працездатність залежить від ступеня інтелектуального дефекту та особливостей поведінки хворих. Хворі з ідіотією та імбецильністю є інвалідами дитинства, а хворі з дебільністю можуть бути працездатними. Можуть до закінчення школи оволодіти якимось фахом і влаштовуються на підприємства, або у спеціальні лікувально-трудоі майстерні (столярні, картонажні тощо).

Питання визначення ступеня працездатності належить до компетенції медико-трудоі експертизи.

Запитання для самоперевірки

1. Що таке «соціальна ситуація розвитку дитини»?
2. Яким чином здійснюється зміна соціальної ситуації розвитку дитини у неблагополучній сім'ї?
3. Яким чином здійснюється зміна соціальної ситуації розвитку дитини у випадку неправильного виховання при зовні благополучній сім'ї?
4. Поясніть суть системи різнобічного оцінювання як засобу психолого-педагогічної корекції особистісного розвитку підлітка та його значення.
5. Як саме реалізовується оптимізація соціальної ситуації розвитку дитини шляхом диференціювання навчання?
6. За яких обставин дитину направляють на психолого-медико-педагогічну консультацію?
7. Які документи необхідні при направленні дитини на психолого-медико-педагогічну комісію?
8. Які відомості повинна містити психолого-педагогічна характеристика дитини?
9. Чому для підлітків з акцентуаціями надзвичайно важливим є правильний вибір професії?
10. Які рекомендації щодо профорієнтації ви дали б підліткам з різними видами акцентуацій?
11. Чому у психологічній допомозі підліткам з порушеннями психічного розвитку вагомого значення набуває профорієнтація?
12. Які рекомендації щодо профорієнтації ви дали б хворим на епілепсію?
13. Які рекомендації щодо профорієнтації ви дали б хворим з органічним ураженням центральної нервової системи?
14. Які рекомендації щодо профорієнтації ви дали б хворим з психопатією?
15. Які рекомендації щодо профорієнтації ви дали б хворим з психічним недорозвитком?
16. У чию компетенцію входить з'ясування питання про можливість працевлаштування підлітків, які перенесли психотичні стани?

Тема 13

СПЕЦІАЛЬНІ ШКОЛИ ДЛЯ ДІТЕЙ З ВІДХИЛЕННЯМИ У ПСИХОФІЗИЧНОМУ РОЗВИТКУ ТА ПОВЕДІНЦІ

1. Мета і завдання спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці

Навчання і виховання дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та (чи) поведінці вимагає спеціальних психолого-педагогічних заходів впливу, спрямованих на коригування наслідків порушень у розвитку дитини та її соціальну і трудову адаптацію.

У загальноосвітній школі ці заходи часто не можна забезпечити через обмежені можливості індивідуалізації навчального процесу, неможливість забезпечити реабілітаційні заходи, яких потребують діти такої категорії.

Тому для дітей з відхиленнями у розвитку та поведінці існує система відповідних шкіл.

Зараз у системі Міністерства освіти і науки України функціонують:

- школи для розумово відсталих (допоміжні) — з легким ступенем розумової відсталості;
- школи для глухих та дітей, які поганочують;
- школи для дітей з тяжкими порушеннями розвитку мови;
- школи для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату;
- школи для дітей із психоневрологічними захворюваннями;
- школи для дітей із затримкою психічного розвитку.

Для дітей із комбінованими дефектами при спеціальних школах різного типу створюються спеціальні класи: допоміжний клас при школі для глухих дітей, клас для дітей із затримкою психічного розвитку при школі для дітей з тяжкими порушеннями мови.

Діти з інтелектуально-мнестичною недостатністю за чинним законодавством не підлягають навчанню у спеціальних школах. Їх направляють в інтернатні системи Міністерства соціального забезпечення.

Для дітей з імбецильністю головна увага приділяється розвитку навичок самообслуговування та мови.

Діти з ідіотією потребують в основному догляду персоналу.

Мета спеціальних шкіл — створення оптимальних умов для навчання і розвитку аномальних дітей, підготовка їх до життя в суспільстві. Дитина, перебуваючи у спецшколі серед таких, як і вона, не фіксує уваги на своїх дефектах. Це знімає відчуття дискомфорту.

Завдання спецшколи:

- виховання, навчання і лікування дітей із відхиленнями у розвитку;
- забезпечення тренінгових заходів;
- створення умов для прилучення дітей до культури, розширення їх світогляду, особистісного зростання.

Для цього використовуються:

- спеціальні навчальні програми;
- тренінгові та психокоригуючі заняття;
- медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування;
- спеціальне обладнання (наприклад, пристосування у приміщенні школи та її території, що полегшують пересування дітям з порушеннями опорно-рухового апарату).

Дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, зору, моторики, мови чи інтелекту направляють до спеціалізованих дитячих садочків.

У великих містах при масових дошкільних дитячих закладах відкривають спеціальні коригувальні групи.

Для дітей і підлітків з відхиленнями у поведінці створюють закриті навчальні заклади, оскільки вони несуть соціальну небезпеку. У спеціальних закритих школах навчаються діти 11–14 років, у спеціальних професійних училищах — з 15 до 18 років. Режим перебування вихованців передбачає позбавлення волі.

Мета закритих спеціальних навчальних закладів:

- коригування особистості соціально дезадаптованих дітей і підлітків;
- ізоляція таких дітей і підлітків від суспільства для попередження правопорушень, злочинів та інших соціально небезпечних дій, які вони можуть вчинити.

У спеціальних навчальних закладах закритого типу навчання проводиться за програмами звичайної масової школи чи відповідного профучилища. 2–3 год на день вони зайняті виробничою працею. Термін перебування залежить від того, як поводить ся вихованець.

До закритих навчальних закладів не приймають дітей, які страждають деякими аномаліями психофізичного розвитку чи певними психоневрологічними захворюваннями. Існують обмеження щодо соматичних захворювань.

2. Відкриті спеціальні навчальні заклади для дітей із відхиленнями в розвитку

Серед таких закладів виділяють:

1. *Класи та школи для дітей із затримкою психічного розвитку.*

З 1994 р. їх називають «школами (класами) інтенсивного педагогічного коригування» (виключене називання діагнозу, розголошення якого може виявитись психотравмуючим для дітей та батьків).

Ці школи та класи функціонують як неповні середні з дев'ятирічним терміном навчання. Головна коригувальна робота тут здійснюється у період початкового навчання. Для початкової ланки існує спеціальна програма, яка передбачає засвоєння знань в обсязі початкової масової школи, але не за 4, а за 5 років. Наповнюваність класів — до 12 учнів.

Діти з більш легкими формами затримки психічного розвитку після закінчення початкової ланки спеціальної школи можуть продовжувати навчатись у загальноосвітній масовій школі, куди переводяться рішенням педагогічної ради.

Більшість дітей потребує подальшого спеціального навчання, програми для 5–9 класів адаптовуються до такого контингенту дітей: з них вилучаються розділи, що потребують засвоєння складних теоретичних понять, збільшується час для практичних занять.

2. *Допоміжні школи.*

Сюди зараховують розумово відсталих дітей віком 7–9 років (як тих, які навчались у 1–2 класах загальноосвітньої школи, так і тих, які ще не навчались у школі).

Медичні показання для прийому в допоміжну школу:

- а) олігофренія у ступені дебільності;
- б) органічне ураження центральної нервової системи зі зниженням інтелекту;
- в) епілептичне слабоумство;
- г) шизофренічна деменція.

Медичні протипоказання для прийому в допоміжну школу:

- а) тяжкі форми слабоумства (імбецильність, ідіотія);
- б) стійкі психопатоподібні розлади;
- в) часті судомні напади;
- г) шизофренія зі стійкими психотичними розладами;
- г) стани, при яких відхилення у психічному розвитку, пов'язані з порушеннями функції слуху, зору, мови, моторики.

Такі діти навчаються в будинках-інтернатах системи соціальної служби.

У допоміжній школі велика увага приділяється наочності, конкретності матеріалу, зв'язку отриманих знань з навколишнім світом. Є спеціальний предмет, мета якого — поліпшення соціальної адаптації. Більше часу і значення відводиться трудовому навчанню. У молодших класах головна увага приділяється розвитку навичок самообслуговування. У середніх класах дітей вчать орієнтуватись у побуті, налагоджувати стосунки з навколишнім середовищем (придбання продуктів у магазині, придбання одягу тощо). У старших класах учні оволодівають якоюсь спеціальністю (картонажника, палітурника, шевця та ін).

3. Школи для дітей з порушеннями мови.

У програму включаються спеціальні заняття з логопедами. Тут можна навчати дітей, які не засвоюють звичайної програми в результаті дисграфії чи дислексії. Навчання в цій школі дає змогу дітям зі складною мовною патологією перебороти дефекти у вимові звуків, адаптуватись у суспільстві.

При усунуванні порушень мови можливе переведення до загальноосвітньої школи. Якщо ж дефекти розвитку усунути не вдається, то діти продовжують навчатися в цій школі до її закінчення.

До школи для дітей з порушеннями мови приймають дітей віком 7–8 років. Починати коригувати дефекти мови в старшому віці у межах шкіл такого типу недоцільно.

4. Школи для дітей з порушенням моторики.

Сюди направляються діти з церебральним паралічем (ДЦП), наслідками поліомієліту, вродженими чи набутими деформаціями опорно-рухового апарату, міопатією, якщо вони можуть самостійно пересуватись та обслуговувати себе.

Програма цих шкіл коливається в діапазоні від допоміжної школи до масової залежно від інтелекту учня. Проводяться заходи з коригування порушень моторики: масаж, лікувальна фізкультура, медикаментозне лікування.

Крім шкіл, для дітей з ДЦП існують санаторії та реабілітаційні центри, в яких продовжується навчання, лікування та заходи, спрямовані на компенсацію дефекту.

5. Школи-інтернати для дітей з психоневрологічними захворюваннями — для дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи, які супроводжуються різною симптоматикою:

енурезом, підвищеною втомлюваністю, ускладненою впрацьовуваністю і т. д.

Належить до навчальних закладів санаторного типу. Діти навчаються у ній за програмою масової загальноосвітньої школи, але з меншою наповнюваністю класів, додатковим пояснюванням складних тем. За необхідності дітям призначається і проводиться лікування в межах школи (лікувальна фізкультура, фізіотерапія, медикаментозне лікування тощо).

До штату цієї школи входять лікар-психіатр та шкільний психолог, який здійснює:

- діагностику рівня розвитку дитини;
- спостереження за динамікою її психічного розвитку протягом навчання;
- надання консультативної допомоги педагогам, вихователям і батькам;
- проведення розвиваючих, психотренінгових заходів.

Школа для дітей із психоневрологічними захворюваннями призначена для надання тимчасової допомоги дітям і передбачас повернення дитини до масової школи, якщо її самопочуття нормалізується.

Сюди зараховують дітей із 7-річного віку за направленням психолого-медико-педагогічної консультації. В середньому термін перебування дитини в такій школі не перевищує одного року. Проте учень знову може бути переведений сюди з масової школи й залишатись доти, доки не зможе повернутись до загальноосвітньої школи (учні можуть повертатися сюди по 3–4 рази, освіта тут — 9 класів).

3. Закриті спеціальні навчальні заклади для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці

Соціально дезадаптовані підлітки, поведінка яких значно вступає в суперечність з чинним законодавством, підлягають направленню до спеціальних закритих навчальних закладів: спеціальних загальноосвітніх шкіл або спеціальних профучилищ для дітей і підлітків, які потребують особливих умов виховання, за поданням прокурора.

Закриті — тому що тут перебувають примусово, в умовах позбавлення волі (неповнолітньому забороняється залишати заклад за власним бажанням). Такі навчальні заклади виникли в результаті реорганізації дитячих колоній НКВС та передачі їх від Міні-

стерства внутрішніх справ до Міністерства освіти. Відповідно ці школи успадкували принципи роботи персоналу, умов утримання підлітків, стиль стосунків між вихователями і підлітками.

Недоліки:

- вітчизняна практика пенітенціарної системи не базується на якійсь науково обґрунтованій концептуальній основі, що враховувала б закономірності психологічного розвитку підлітка;
- велика кількість інструкцій і правил режиму утримування неповнолітніх злочинців розроблені на підставі міркувань надійної ізоляції вихованця від зовнішнього світу й виключення можливості втечі;
- тут разом перебувають підлітки, які мають великий кримінальний досвід (неодноразово скоювали злочини, входили до складу злочинних груп, керованих дорослими рецидивістами тощо), і ті, яких направили сюди у зв'язку із соціально дезадаптованою поведінкою, яка ще не перетворилась кримінальну;
- неможливість відчувати себе суб'єктом діяльності, здійснювати моральний вибір є перешкодою для формування відповідальності, блокує процес розвитку особистості;
- умови життя у закритих навчальних закладах перешкоджають задоволенню актуальних потреб підліткового віку (потреба у самостійності, самоствердженні, відмова від дитячої «моралі послуху»);
- у нас усі дисциплінарні заходи, що забороняються Правилами ООН, застосовуються: покарання неповнолітніх ув'язненням їх у карцер; позбавлення побачень з рідними, примус працювати; навіть дозвіл на телефонні розмови з батьками (за умови, що за них сплачує абонент) використовується як заохочення, а не є правом кожного учня;
- навчання дітей за програмами загальноосвітніх шкіл виявляється неефективним (ще задовго до направлення у спецшколу діти перестали вчитись); методика викладання звичайна, як і в масовій школі, без будь-яких поправок на психологічні особливості соціально дезадаптованих дітей;
- умови життя є серйозним випробуванням для психіки дітей, є загрозою для формування особистості.

Так, перші дні перебування підлітків проходять у стресовому стані (високий рівень тривожності, емоційна нестійкість, підвищена збудливість). Цей стан змінює спосіб реагування навіть на звичайні подразники, тому поведінка стає непередбачуваною.

У цей час учні здійснюють втечі, влаштовують бійки, конфліктують із персоналом, намагаються накладати на себе руки.

Учні спецшколи постійно переживають ситуацію фрустрації головних, актуальних потреб. Якщо підліток не зможе знайти соціально прийнятних форм розрядки психічного напруження або якось відволіктись від негативних емоційних переживань, відбувається «афективний вибух» (наприклад, без будь-яких видимих причин, через дрібниці підліток починає жорстоку бійку, ламає меблі, б'є вікна, завдає собі тілесних пошкоджень та ін).

Ще один спосіб вийти із ситуації фрустрації актуальних потреб — психологічний відхід підлітка від психотравмуючих впливів — утворення неформальних соціальних структур, які відображають соціальний статус підлітка у злочинному світі. Такі структури мають свою ієрархію, свої традиції, норми поведінки і набір санкцій, які передбачаються за те чи інше порушення.

Незважаючи на жорстокість порядків цього темного життя, воно приваблює підлітків насамперед тому, що тут вони почувають себе суб'єктами діяльності. Наприклад, від підлітка залежить, яке місце в ієрархії він займе, його думка враховується при обговоренні плану втечі.

Однак часто діти, потрапляючи до такої школи, опиняються в значно кращих матеріальних умовах, ніж були вдома.

Організація навчально-виховного процесу у спецшколі багато в чому залежить від її керівника, педагогічного колективу, допоміжного персоналу. Існує безліч позитивних прикладів досвіду ресоціалізації (починаючи з колоній А. Макаренка) соціально дезадаптованих дітей, навіть в умовах позбавлення волі.

4. Проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями у розвитку та поведінці

1. Спеціальні школи функціонують як інтернатні заклади, їх мережа досить рідка і віддалена від місця проживання дітей, тому вони переважно не можуть вчитись у такій школі і проживати вдома. Відбувається відрив від сім'ї, характерна замкненість дитячого колективу та ізоляція від здорових дітей.

2. Недостатня диференціація та індивідуалізація навчального процесу в межах школи.

3. Відсутність матеріальної бази, сучасного обладнання, нестача транспортних засобів (наприклад, у допоміжних школах не

вистачає наочних посібників, спеціальних іграшок, матеріалів для ліплення, малювання, рукоділля тощо). Необхідно розширити можливості творчого самовираження дітей, адже часто діти з відхиленнями у психофізичному розвитку мають вибіркові здібності.

Перспективи:

— Зараз відбувається розвиток альтернативних навчально-виховних закладів, що призначаються для дітей із порушеннями розвитку (центри лікувальної педагогіки, у яких сім'я може отримати консультативну допомогу, навчання вдома або у групах, що організовані працівниками такого центру).

— Виникають дитячі дошкільні заклади, в яких діти навчаються за програмами Вальфдорської педагогіки. Це дає змогу знайти той тип програми, який максимально відповідає здібностям дитини.

— Виникають і батьківські об'єднання, які дають можливість обмінюватись досвідом навчання, виховання, лікування «нестандартних дітей», вони запрошують на виховну роботу фахівців, створюють свої навчально-виховні центри.

— Відкриваються (рідко) приватні школи для дітей із порушеннями психічного розвитку.

4. Проблема комплектування спецшкіл. У такі навчальні заклади відкритого типу дітей направляють ПМПК. Це самостійні, бюджетні, постійно діючі навчальні заклади, які раніше функціонували на громадських засадах з періодичністю 1 раз на місяць при обласних і міських відділах народної освіти. До штату ПМПК мають входити педагог-дефектолог, лікар-психіатр, логопед, психолог.

Недостатня мережа ПМПК не дає змоги виявляти дітей з відхиленнями у психофізіологічному розвитку, інтелектуальній сфері.

Часто не виконується інструкція про те, що учні, які протягом двох років навчання у молодших класах на засвоїли програму, повинні пройти обстеження у ПМПК. Причини:

- батьки мають право самі вирішувати, вести дитину на обстеження, чи ні;
- навіть, якщо при оформленні дитини до школи у неї виявляють затримку психічного розвитку чи інші відхилення, рекомендації психолога не мають обов'язкового характеру;
- за чинним законодавством, школа має приймати усіх дітей, які досягли шкільного віку і проживають у відповідному мікрорайоні; виключити зі школи учня у віці до 15 років

можна лише на підставі серйозних порушень у його поведінці (наприклад, дії дитини несуть загрозу для життя і здоров'я інших дітей, поведінка учня не дає змоги вчителю проводити урок); але якщо дитина не засвоює шкільну програму і при цьому не заважає, це не є підставою для її виключення зі школи.

На практиці це призводить до того, що:

- з класу в клас переводять учня з розумовою відсталістю;
- навчають за невідповідними програмами дітей з мовною патологією;
- виключають зі школи дітей з інфантилізмом чи ситуаційно-зумовленими реакціями за порушення дисципліни, надаючи батькам право самим вирішувати проблему подальшого навчання дитини.

Розширення мережі ПМПК дасть змогу її співробітникам проводити ранню (дошкільну) діагностику відхилень у психофізичному розвитку дітей та надавати їм відповідну допомогу.

Очевидною є необхідність зміни законодавства в напрямі збільшення прав адміністрації масової загальноосвітньої школи проводити відбір свого контингенту учнів. Водночас необхідно збільшувати кількість спеціальних шкіл та спеціалізованих класів.

Серйозних змін потребує проблема навчання дітей із відхиленнями у поведінці. Необхідно вирішити питання про правомірність позбавлення волі дітей і підлітків, особливо тих, які не скоїли злочину, і, отже, не є соціально небезпечними. До закритих спеціальних навчальних закладів слід направляти тільки тих неповнолітніх, які порушили закон. Розглядати їх кримінальні справи повинні спеціальні суди; рішення суду має виноситись на підставі аналізу даних комплексної психолого-педагогічної, психіатричної та медичної експертизи.

Судовий процес повинен проходити відповідно до вимог міжнародних норм. Термін позбавлення волі визначається судом, передбачаючи, однак, право дострокового звільнення.

Оскільки в більшості соціально дезадаптованих підлітків є відхилення в психічному та особистісному розвитку, необхідно ввести диференціацію їх навчання. Програми навчання повинні бути теж диференційованими та спеціалізованими, а не просто дублювати програму загальноосвітньої школи. Обов'язкова рання професіоналізація підлітків, створення умов для їх творчості та самореалізації.

Для зниження негативного впливу фактора позбавлення волі доцільно розробити систему відпусток для учнів, особистість

яких значною мірою ресоціалізована. Ці підлітки матимуть право виходу (з дозволу вихователя) за територію спецшколи для спілкування з рідними, друзями, відвідування спортивних або культурних закладів.

Запитання для самоперевірки

- 1. Чому для дітей з відхиленнями у розвитку і поведінці створено систему відповідних шкіл?*
- 2. Які спеціальні школи для дітей з відхиленнями у розвитку і поведінці існують в Україні?*
- 3. Яка мета та завдання таких спецшкіл?*
- 4. Для кого призначені закриті спецшколи, яка їх мета?*
- 5. Чи існують протипоказання щодо прийому у закриті спецшколи? Які?*
- 6. Назвіть види відкритих спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у розвитку.*
- 7. Охарактеризуйте класи та школи для дітей із ЗПП.*
- 8. Охарактеризуйте допоміжні школи.*
- 9. Охарактеризуйте школи для дітей з порушеннями мови.*
- 10. Охарактеризуйте школи для дітей з порушеннями моторики.*
- 11. Охарактеризуйте школи-інтернати для дітей з психоневрологічними захворюваннями.*
- 12. Охарактеризуйте закриті спеціальні навчальні заклади для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці.*
- 13. Опишіть проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями в розвитку та поведінці.*

Месни для самоконтролю

Інструкція. «Із запропонованих до кожного запитання чи твердження відповідей необхідно обрати одну, найточнішу, зробивши помітку біля відповідного пункту».

Розділ I. Вступ до патопсихології

1. Поширена у ранніх суспільствах практика лікування психічної патології шляхом дій, спрямованих на те, щоб змусити злих духів залишити тіло людини, має назву:

- а) терапія;
- б) трепанація;
- в) екзорцизм.

2. Яка з історичних епох характеризується поверненням демонології у лікуванні душевнохворих:

- а) античність;
- б) Середньовіччя;
- в) Ренесанс;
- г) XIX ст.?

3. У яку історичну епоху було створено перші притулки для душевнохворих:

- а) античність;
- б) Середньовіччя;
- в) Ренесанс;
- г) XIX ст.?

4. Якій точці зору на причини психічних захворювань відповідає уявлення: «причини багатьох захворювань лежать у фізичних факторах»:

- а) соматогенній;
- б) психогенній?

5. Представники якої моделі патології вважають, що психологічні конфлікти (психічні патології) беруть початок з ранніх взаємин між батьками і дитиною та з травматичних переживань:

- а) біологічної;
- б) психодинамічної;
- в) поведінкової;
- г) когнітивної?

6. Представники якої моделі патології вважають психічну патологію хворобою, спричиненою аномальним функціонуванням головного мозку:

- а) біологічної;
- б) психодинамічної;
- в) поведінкової;
- г) когнітивної?

7. Терапевтичний підхід, розроблений А. Беком, який допомагає людям розпізнати і змінити свої помилкові мислительні процеси, має назву:

- а) клієнт-центрована терапія;
- б) гештальт-терапія;
- в) психоаналіз;
- г) когнітивна терапія.

8. Прихильники якої моделі патології вважають, що аномальна поведінка зумовлена головним чином нашим раннім життєвим досвідом:

- а) біологічної;
- б) психодинамічної;
- в) поведінкової;
- г) когнітивної?

9. Прихильники якої моделі патології вважають, що до появи психічних відхилень може привести ухиляння від відповідальності за своє життя:

- а) когнітивної;
- б) екзистенціальної;
- в) біологічної;
- г) соціокультурної?

10. Представники якої моделі патології пояснюють і лікують патологію, розглядаючи зовнішні соціальні сили, які впливають на членів суспільства:

- а) когнітивної;
- б) екзистенційної;
- в) біологічної;
- г) соціокультурної?

11. Крайня і тривала форма штучного захворювання, при якій людина викликає у себе симптоми, досягає госпіталізації і піддається лікуванню, має назву:

- а) симулятивний розлад;
- б) синдром Мюнхаузена;
- в) делегований синдром Мюнхаузена.

12. Фізична хвороба, що пояснюється в основному психологічними причинами, за яких пацієнт свідомо не бажає хворіти і не організовує свої симптоми, має назву:

- а) соматоформний розлад;
- б) істеричний соматоформний розлад;
- в) конверсійний розлад.

13. Соматоформний розлад, за якого людина помилково підозрює, що незначні зміни у функціонуванні її організму можуть бути ознаками серйозного захворювання, називається:

- а) дисморфофобією;
- б) хронічним соматоформним больовим розладом;
- в) іпохондрією.

14. Сильний і стійкий страх перед соціальними ситуаціями чи виступами, в яких може виникнути сум'яття, називається:

- а) фобією;
- б) специфічною фобією;
- в) соціофобією;
- г) агарофобією.

15. Сильний і стійкий страх перед необхідністю з'явитись у людних місцях наодинці називається:

- а) фобією;
- б) специфічною фобією;
- в) соціофобією;
- г) агарофобією.

16. Характеристиками якого з нижче наведених розладів є такі симптоми: серцебиття, поколювання в руках і ногах, задишка, сильне потовиділення, відчуття жару і холоду, біль у грудях, слабкість:

- а) панічного розладу;
- б) obsесивно-компульсивного розладу;
- в) стресового розладу.

17. Періодичні короткі спалахи паніки, що виникають раптово і досягають максимуму протягом 10 хвилин, — це:

- а) панічний розлад;
- б) obsесивно-компульсивний розлад;
- в) стресовий розлад.

18. Захворювання, що характеризується стійким і надмірним почуттям тривоги, а також тривогою про багато подій і дій, — це:

- а) страх;
- б) ситуаційна тривожність;
- в) генералізований тривожний розлад.

19. Вид психічного розладу, за якого хворий не може правильно оцінювати себе, навколишню обстановку, ставлення інших людей до себе, має назву:

- а) психоз;
- б) невроз;
- в) епілепсія;
- г) шизофренія;
- д) психопатія.

20. Стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру і формується, як правило, з юного віку, має назву:

- а) психоз;
- б) невроз;
- в) епілепсія;
- г) шизофренія;
- д) психопатія.

21. Психічне захворювання, яке виникає в життєвій ситуації, що різко змінилась як важка реакція особистості на цю ситуацію, має назву:

- а) психоз;

- б) невроз;
- в) епілепсія;
- г) шизофренія;
- д) психопатія.

22. Ідеї чи судження, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані і повністю оволодівають свідомістю людини, мають назву:

- а) маячення;
- б) галюцинації;
- в) рухові розлади;
- г) афективні порушення.

23. Хронічне психічне захворювання, основною характеристикою якого є судорожні припадки, має назву:

- а) аутизм;
- б) епілепсія;
- в) маніакально-депресивний психоз;
- г) шизофренія.

24. Психічне захворювання, основними проявами якого є напади з вираженими афективними розладами, по завершенні яких повністю відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до нападу, має назву:

- а) аутизм;
- б) маніакально-депресивний психоз;
- в) шизофренія.

25. Якої класичної форми неврозів стосується така характеристика:

- а) неврастенія;
- б) істерія;
- в) невроз нав'язливих станів.

Розділ II. Види порушень психіки

26. Ускладненість впізнавання предметів, звуків має назву:

- а) ілюзії;
- б) галюцинації;
- в) агнозії;
- г) псевдогалюцинації.

27. Хибні сприймання, за яких людина бачить образи, предмети, яких немає, чує звуки, яких немає, відчуває запахи, яких у дійсності немає, мають назву:

- а) ілюзії;
- б) галюцинації;
- в) агнозії;
- г) псевдогалюцинації.

28. Хибні сприймання, які не ідентифікуються з реальними предметами та їхніми якостями, мають назву:

- а) ілюзії;
- б) галюцинації;
- в) агнозії;
- г) псевдогалюцинації.

29. Порушення пам'яті на поточні події, при якому зберігається пам'ять на події минулого, — це:

- а) корсаківський синдром;
- б) амнезія;
- в) прогресуюча амнезія;
- г) правильної відповіді немає.

30. Розлади пам'яті, що поширюються не лише на поточні події, а й на минулі, — це:

- а) корсаківський синдром;
- б) амнезія;
- в) прогресуюча амнезія;
- г) правильної відповіді немає.

31. Криптомнезії — це:

а) обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх приводить до відтворення видуманих подій, яких не було;

б) порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;

в) розлади пам'яті, при яких хворий присвоює собі чужі думки, дії.

32. Конфабуляції — це:

а) обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх приводить до відтворення видуманих подій, яких не було;

б) порушення хронології у пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться у теперішнє;

в) розлади пам'яті, при яких хворий присвоює собі чужі думки, дії.

33. Псевдоремінісценції — це:

а) обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх приводить до відтворення видуманих подій, яких не було;

б) порушення хронології у пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться у теперішнє;

в) розлади пам'яті, при яких хворий присвоює собі чужі думки, дії.

34. При якому виді патології мислення у хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням конкретних зв'язків між ними:

а) зниженні рівня узагальнення;

б) викривленні процесу узагальнення;

в) порушенні динаміки мислення;

г) порушенні мотиваційного компоненту мислення?

35. При якому виді патології мислення хворих не відображає реальних співвідношень предметів і явищ:

а) зниженні рівня узагальнення;

б) викривленні процесу узагальнення;

в) порушенні динаміки мислення;

г) порушенні мотиваційного компоненту мислення?

36. Характеристикою якого виду порушень мислення є чергування адекватних і неадекватних рішень:

а) зниження рівня узагальнення;

- б) викривлення процесу узагальнення;
- в) порушення динаміки мислення;
- г) порушення мотиваційного компоненту мислення?

37. Патологія мислення, яка проявляється як тенденція до непродуктивних багатослівних міркувань, має назву:

- а) порушення мотиваційного компоненту мислення;
- б) порушення критичності мислення;
- в) різноплановість мислення;
- г) резонерство.

38. Порушення мислення, яке полягає в «напливі думок», «вихрі ідей», збільшенні кількості асоціацій за одиницю часу, що супроводжуються зміною мовлення хворого, виникає нападopodobно і мимовільно, має назву:

- а) прискорення мислення;
- б) «стрибки ідей»;
- в) сповільнення мислення;
- г) ментизм.

39. Порушення мислення, яке проявляється у «закупорці думок», «обриві думок», раптовій зупинці, перерві асоціативного процесу, має назву:

- а) вербігенерація;
- б) інкогеренція;
- в) ментизм;
- г) шперрунг.

40. Розлад мислення, при якому відзначається стереотипне повторення окремих слів чи складів, має назву:

- а) шперунг;
- б) беззв'язність;
- в) інкогеренція;
- г) вербігенерація.

41. Алекситимія характеризується:

- а) утрудненням чи нездатністю точно описати власні емоційні переживання;
- б) втратою людиною відчуття радості, задоволення;
- в) одночасним існуванням протилежних почуттів;
- г) відчуттям напруженого очікування нещастя, що насувається.

42. Манія характеризується:

- а) злісно-гнівливим настроєм;
- б) підвищеним, радісним настроєм у поєднанні із руховим збудженням і прискоренням асоціативного процесу;
- в) станом емоційної байдужості до себе чи оточуючої обстановки;
- г) почуттям внутрішньої напруженості, що пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій.

43. Дромоманія — один з видів порушення вольової сфери, що характеризується:

- а) патологічною тягою красти непотрібні даній людині предмети;
- б) патологічною тягою до підпалів;
- в) патологічною тягою до запоїв;
- г) патологічною тягою до бродяжництва.

44. Гіпобулія — розлад рухово-вольової сфери, який характеризується:

- а) руховою розгальмованістю;
- б) руховою загальмованістю (ступор);
- в) частим, ритмічним повторенням одних і тих самих рухів;
- г) раптовими, бездумними актами без достатньої критичної оцінки.

45. Розлад, при якому в людини виникають небажані думки, які повторюються, і вона змушена чинити повторювані і стійкі дії або мислительні акти, називається:

- а) панічним;
- б) obsесивно-компульсивним;
- в) стресовим.

46. Стійкі думки, ідеї, імпульси чи образи, які повторюються і викликають тривогу, — це:

- а) obsесії;
- б) компульсії;
- в) тривожна чутливість.

47. Повторювані і стійкі поведінкові чи мислительні акти, які люди змушені робити, щоб запобігти тривозі або знизити її, — це:

- а) obsесії;
- б) компульсії;
- в) тривожна чутливість.

48. Пригнічений стан, який характеризується тугою, спадом сил, дуже низькою самооцінкою, почуттям провини, — це:

- а) депресія;
- б) манія;
- в) афективний розлад.

49. За якого виду порушення свідомості підвищується поріг для усіх зовнішніх подразників, ускладнюється утворення асоціацій:

- а) приглушеного стану свідомості;
- б) деліріозного затьмарення свідомості;
- в) онейроїдного стану свідомості;
- г) сутінкового стану свідомості?

50. Який вид порушення свідомості характеризується сумішшю відображення реального світу і яскравих уявлень фантастичного характеру, що спливають у свідомості:

- а) приглушений стан свідомості;
- б) деліріозне затьмарення свідомості;
- в) онейроїдний стан свідомості;
- г) сутінковий стан свідомості?

51. Який вид порушення свідомості характеризується напливами яскравих уявлень, уривків, спогадів, хибною орієнтацією у часі і просторі:

- а) деліріозний стан свідомості;
- б) онейроїдний стан свідомості;
- в) сутінковий стан свідомості;
- г) псевдо деменція?

52. Який вид порушення свідомості характеризується раптовим настанням, нетривалістю, раптовим припиненням та наступною амнезією:

- а) приглушений стан свідомості;
- б) онейроїдний стан свідомості;
- в) сутінковий стан свідомості;
- г) псевдодеменція?

53. Який вид порушення свідомості характеризується гострими розладами судження, інтелектуально-мнестичними розладами:

- а) онейроїдний стан свідомості;
- б) сутінковий стан свідомості;

- в) псевдодеменція;
- г) деперсоналізація?

54. Який вид порушення свідомості характеризується відчуттям відчуження власних афектів, дій, свого «я», які сприймаються ніби з боку:

- а) сутінковий стан свідомості;
- б) псевдодеменція;
- в) деліріозне затьмарення свідомості;
- г) деперсоналізація?

55. Яку назву має психічний розлад, що характеризується прагненням до максимальної худоби і втрати маси тіла:

- а) нервова анорексія;
- б) нервова булімія?

56. Яку назву має психічний розлад особистості, що характеризується недовірою і підозрілим ставленням до інших людей:

- а) параноїдний розлад особистості;
- б) шизоїдний розлад особистості;
- в) шизотипний розлад особистості?

57. Яку назву має розлад особистості, що характеризується систематичним ігноруванням та порушенням прав інших людей:

- а) антисоціальний розлад особистості;
- б) пограничний розлад особистості;
- в) істеричний розлад особистості?

58. Яку назву має розлад особистості, при якому людина демонструє постійну нестійкість у міжособистісних стосунках, уявленні про себе та настрої, крайню імпульсивність поведінки:

- а) антисоціальний розлад особистості;
- б) пограничний розлад особистості;
- в) істеричний розлад особистості?

59. Яку назву має розлад особистості, який характеризується перебільшенням думки про себе, прагненням викликати захоплення і відсутністю емпатії:

- а) унікаючий розлад особистості;
- б) нарцисичний розлад особистості;
- в) залежний розлад особистості;
- г) obsesивно-компульсивний розлад.

60. Яку назву має розлад особистості, за якого людина надає настільки великого значення порядку, досягненню досконалості і контролю, що втрачає гнучкість, безпосередність і працездатність:

- а) унікаючий розлад особистості;
- б) нарцисичний розлад особистості;
- в) залежний розлад особистості;
- г) обсесивно-компульсивний розлад особистості?

61. Яке з порушень особистості характеризується невмінням обдумано діяти, перевіряти свої дії, виправляти їх у відповідності з об'єктивними умовами реальності:

- а) порушення опосередкованості та ієрархії мотивів;
- б) порушення підконтрольності поведінки;
- в) порушення смислоутворення?

62. Виділяють усі нижче наведені типи девіантної поведінки, за винятком:

- а) кримінальної;
- б) делінквентної;
- в) адиктивної;
- г) на базі гіперздібностей;
- д) психопатологічної.

63. Делінквентна поведінка — один з типів девіантної поведінки, що характеризується:

- а) діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання;
- б) прагненням до відходу від реальності шляхом прийому деяких речовин чи постійною фіксацією уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій;
- в) дисгармонійністю рис характеру;
- г) ігноруванням реальності, що зумовлене гіперздібностями людини.

64. Виділяють усі нижче наведені порушення взаємодії індивіда з реальністю, за винятком:

- а) пристосування;
- б) протистояння;
- в) хворобливе пристосування;
- г) втеча;
- д) ігнорування.

65. Ознаками психічної патології і психопатологічними розладами зумовлений такий вид порушення взаємодії з реальністю:

- а) пристосування;
- б) протистояння;
- в) хворобливе протистояння;
- г) втеча;
- д) ігнорування.

66. Система вчинків чи окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві нормам і проявляються у вигляді незбалансованості психічних процесів, неадаптованості, порушенні процесу самоактуалізації у вигляді ухиляння від морального і естетичного контролю за власною поведінкою, називається:

- а) кримінальною поведінкою;
- б) адиктивною поведінкою;
- в) делінквентною поведінкою;
- г) патохарактерологічною поведінкою;
- д) девіантною поведінкою.

67. У людей із гіперздібностями, як правило, трапляється такий тип порушення взаємодії з реальністю:

- а) пристосування;
- б) протистояння;
- в) хворобливе протистояння;
- г) втеча;
- д) ігнорування.

68. Одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану називається:

- а) кримінальною;
- б) делінквентною;
- в) адиктивною;
- г) патохарактерологічною;
- д) психопатологічною.

69. Знижена переносуваність труднощів повсякденного життя поряд з хорошою переносуваністю кризових ситуацій є ознакою:

- а) кримінальної поведінки;
- б) делінквентної поведінки;
- в) адиктивної поведінки;
- г) патохарактерологічної поведінки;
- д) психопатологічної поведінки.

70. Феномен «спраги гострих відчуттів» є типовим для:

- а) кримінальної поведінки;
- б) адиктивної поведінки;
- в) делінквентної поведінки;
- г) патохарактерологічної поведінки;
- д) психопатологічної поведінки.

71. На думку Н.Пезешкіана, існують усі наведені нижче типи «втечі від реальності», за винятком:

- а) втечі в тіло;
- б) втечі в фантазії;
- в) втечі в контакти та самотність;
- г) втечі в сексуальність;
- д) втечі в роботу.

72. Основою девіантної поведінки при патохарактерологічному типі є:

- а) психопатологічні симптоми;
- б) психопатологічні синдроми;
- в) девіації характеру (акцентуації і психопатії);
- г) патологія характеру, пов'язана з психічним захворюванням;
- д) патологія особистості, пов'язана з психічним захворюванням.

73. Спроба самогубства, яка не закінчується смертю, має назву:

- а) суїцид;
- б) парасуїцид.

74. До якого типу людей, які цілеспрямовано прагнуть покласти край своєму існуванню, належить людина, яка відчуває подвійні почуття щодо можливості власної смерті навіть у момент здійснення спроби самогубства:

- а) шукач смерті;
- б) ініціатор смерті;
- в) заперечувач смерті;
- г) гравець зі смертю?

75. До якого типу людей, які цілеспрямовано прагнуть покласти край своєму існуванню, належить людина, яка здійснює спробу самогубства, оскільки вважає, що процес помирання уже розпочався і що вона просто прискорює свою смерть:

- а) шукач смерті;

- б) ініціатор смерті;
- в) заперечувач смерті;
- г) гравець зі смертю?

76. До якого типу належить самогубство, що здійснюється людьми, які цілеспрямовано приносять своє життя в жертву суспільному благу:

- а) егоїстичний суїцид;
- б) альтруїстичний суїцид;
- в) суїцид на ґрунті аномії?

77. Суїцидальна поведінка, пов'язана з кризовими ситуаціями у житті та особистими трагедіями, називається:

- а) психогенною;
- б) егоїстичною;
- в) альтруїстичною;
- г) аномічною.

78. Адиктивні парасуїцидальні спроби здійснюються з метою:

- а) привернення уваги до власної персони;
- б) вивести себе зі стану беземоційності і суму;
- в) безболісно піти з життя;
- г) піти із життя за таємничих обставин;
- д) піти з життя заради блага людства.

79. Особи з істеричними розладами найчастіше обирають такі способи суїцидальної поведінки:

- а) групові;
- б) недемонстративні;
- в) недемонстративні способи парасуїцидальної поведінки;
- г) демонстративні способи суїцидальної поведінки;
- д) демонстративні способи парасуїцидальної поведінки.

Розділ III. Вікова патопсихологія

80. Віковими психологічними кризами називають:

- а) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими змінами зовнішності;
- б) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами;
- в) періоди різкої зміни ставлення до батьків;
- г) періоди онтогенезу, які характеризуються різкими психоендокринними змінами;
- д) періоди різкої зміни стосунків з ровесниками.

81. Відсутність «комплексу пожвавлення» вважається характерною ознакою:

- а) синдрому раннього дитячого аутизму;
- б) підліткової шизофренії;
- в) шизофренії у пізньому віці;
- г) дитячих страхів;
- д) пубертатної кризи.

82. Криза першого року життя характеризується:

- а) появою соціальних навичок;
- б) потребою в самостійності;
- в) потребою у близьких стосунках з матір'ю;
- г) становленням «комплексу пожвавлення»;
- д) становленням ходьби і мовлення.

83. Гіпердинамічний синдром типовий для:

- а) новонароджених;
- б) немовлят;
- в) дітей віком 3–5 років;
- г) підлітків;
- д) людей похилого віку.

84. Ігрова діяльність, під час якої на тривалий період дитина здатна «перевтілитись» у тварину, видуманий образ чи неживий предмет, називається:

- а) фантазуванням;
- б) патологічним фантазуванням;
- в) уявленням;
- г) галюцинозом;
- д) ілюзорною діяльністю.

85. Реакція, яка виявляється в наполегливому прагненні підлітка досягти успіху в тій сфері, у якій він слабкий, називається:

- а) реакцією компенсації;
- б) реакцією гіперкомпенсації;
- в) реакцією опозиції;
- г) реакцією емансипації;
- д) реакцією досягнення.

86. «Криза середніх років» настає, як правило, у віці:

- а) 20 ± 2 роки;
- б) 30 ± 2 роки;
- в) 40 ± 2 роки;
- г) 50 ± 2 роки;
- д) 60 ± 2 роки.

87. Типовими психологічними особливостями людей похилого віку є усі нижче перелічені, за винятком:

- а) егоцентризм;
- б) альтруїзм;
- в) недовірливість;
- г) тривожність;
- д) зниження комунікативності.

88. Сімейний патерн, при якому в члена сім'ї виробляється ігнорування наявності проблем чи захворювань, називається:

- а) апатичним;
- б) істеричним;
- в) іпохондричним;
- г) нозогнозичним;
- д) анозогнозичним.

89. Реакція емансипації характерна для:

- а) людей похилого віку;
- б) немовлят;
- в) престарілих;
- г) зрілих осіб;
- д) підлітків.

Розділ IV. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку

90. До способів психологічної допомоги відносять усі нижче наведені, за винятком:

- а) психологічного консультування;
- б) психологічної корекції;
- в) психотерапії;
- г) правильної відповіді немає.

91. Спосіб психологічної допомоги, при якому відбувається формування «особистісної позиції», називається:

- а) психологічним консультуванням;
- б) психокорекцією;
- в) психологічним захистом;
- г) психотерапією.

92. У межах психологічної корекції відбувається формування:

- а) особистісної позиції;
- б) навичок адаптивної поведінки;
- в) неврозостійкості;
- г) стресостійкості.

93. Інформування клієнта є істотним методом психологічної допомоги при:

- а) психологічному консультуванні;
- б) психологічній корекції;
- в) психотерапії.

94. Переведення одного виду «енергії» (наприклад, сексуальної) в інший з формуванням заміщуючої діяльності, називається:

- а) витісненням;
- б) сублімацією;
- в) проекцією;
- г) переносом.

95. Виправлення «ірраціональних думок та ідей» є основою:

- а) логотерапії;
- б) екзистенціальної психотерапії;
- в) поведінкової психотерапії;
- г) раціонально-емотивної психотерапії.

96. Логотерапія — це:

- а) сугестивна психотерапія;
- б) психотерапія за допомогою пошуку втраченого сенсу буття;
- в) метод лікування заїкання;
- г) метод корекції мовлення;
- д) метод глибинного психоаналізу.

97. Методика «якоріння» використовується у:

- а) антиципаційному тренінгу;
- б) позитивній психотерапії;
- в) логотерапії;
- г) когнітивній психотерапії;
- д) нейролінгвістичному програмуванні.

98. Тест, у якому досліджуваний повинен інтерпретувати нечіткі стимульні матеріали чи реагувати на них, має назву:

- а) проєктивний;
- б) особистісний;
- в) психофізіологічний.

99. Методика спостереження за поведінкою, у якій лікарі-клініцисти і дослідники спостерігають людей у їх повсякденній обстановці, має назву:

- а) природне спостереження;
- б) формалізоване спостереження;
- в) самоспостереження.

100. Найскладнішим видом психологічної допомоги, за якого відбуваються глибокі особистісні зміни, є:

- а) консультування;
- б) корекція;
- в) психотерапія.

Ключ до тестових завдань

№ п/п	Відповідь	№ п/п	Відповідь	№ п/п	Відповідь	№ п/п	Відповідь
1	в	26	в	51	а	76	б
2	б	27	б	52	в	77	г
3	в	28	г	53	в	78	б
4	а	29	а	54	г	79	д
5	б	30	в	55	а	80	б
6	а	31	в	56	а	81	а
7	г	32	а	57	а	82	д
8	б	33	б	58	б	83	в
9	б	34	а	59	б	84	б
10	г	35	б	60	в	85	б
11	б	36	в	61	б	86	б
12	а	37	г	62	а	87	б
13	в	38	г	63	а	88	д
14	в	39	г	64	а	89	д
15	в	40	г	65	в	90	г
16	а	41	а	66	д	91	а
17	а	42	б	67	д	92	б
18	в	43	г	68	в	93	а
19	а	44	б	69	в	94	б
20	д	45	б	70	б	95	г
21	б	46	а	71	г	96	б
22	а	47	б	72	в	97	д
23	б	48	а	73	б	98	а
24	б	49	а	74	г	99	а
25	б	50	в	75	б	100	в

Програма дисципліни «Патопсихологія»

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Патопсихологія — розділ психології, який вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості при хворобі. Її значення полягає в можливості більш глибокого пізнання закономірностей функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчення психічного здоров'я, а також факторів, які активізують чи гальмують розвиток особистості у ході її онтогенезу і соціогенезу.

Як навчальна дисципліна «Патопсихологія» покликана ознайомити студентів з основними відхиленнями у розвитку психічної діяльності людини, розвивати вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку.

Завдання курсу — дати студентам необхідні знання з особливостей виникнення, протікання відхилень у психічному розвитку людини та основних методів психологічної допомоги у випадках відхилень у психічному розвитку.

А тому навчальний курс містить такі модулі: «Вступ до патопсихології», «Види порушень психіки», «Вікова патопсихологія», «Психологічна допомога при розладах психічного розвитку».

У ході вивчення курсу студенти повинні засвоїти знання: основних категорій патопсихології; історичних передумов та перспектив розвитку патопсихології; видів порушень психіки; вікових особливостей порушень психіки; основних методів психологічної допомоги за відхилень у психічному розвитку;

Вміння: аналізувати фактори, які активізують чи гальмують розвиток особистості у ході її онтогенезу і соціогенезу; надавати фахову допомогу особам з відхиленнями у психічному розвитку.

Вивченню курсу «Патопсихологія» повинні передувати такі дисципліни: «Психологія», «Соціальна психологія», «Вікова психологія», «Основи соціалізації особистості».

У ході вивчення курсу «патопсихологія» особливу увагу слід приділити термінології, якою насичена кожна тема. Це важливо

для розуміння та оволодіння матеріалом студентами, оперування ним та подальшого поповнення знань з дисципліни.

Надзвичайно важливо для майбутніх соціальних педагогів, соціальних працівників зрозуміти та запам'ятати:

- які поведінкові прояви особистості свідчать про розлади психіки, про дезадаптацію;
- фахівці якого профілю надають допомогу людям з розладами психіки, поведінки;
- у яких спеціальних закладах люди з розладами психіки та поведінки можуть отримати допомогу.

Майбутнім психологам, крім вказаного вище, важливо зрозуміти та запам'ятати особливості, причини психічних розладів, особливу увагу звернути на методи психологічної допомоги людям з порушеннями психіки.

При вивченні курсу необхідно опрацювати подані нижче питання, використовуючи, насамперед, вказану літературу.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

№ п/п	Модуль, тема	Кількість годин			
		Усього	Лекції	Семи-нари	Самостійна робота
	Модуль I. Вступ до патопсихології	18	4	4	10
1	Патопсихологія: предмет і завдання.	8	2	2	4
2	Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування. Історія розвитку патопсихології	10	2	2	6
	Модуль II. Види порушень психіки	58	14	14	30
3	Порушення психічних процесів.	16	4	4	8
4	Порушення свідомості.	8	2	2	4
5	Розлади особистості.	16	4	4	8
6	Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки	18	4	4	10
	Модуль III. Вікова патопсихологія	28	4	4	20
7	Порушення психічного розвитку немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку.	8	2	2	4
8	Порушення психічного розвитку у підлітковому віці, ранній юності. Психічні розлади осіб зрілого та похилого віку	8	2	2	4

№ п/п	Модуль, тема	Кількість годин			
		Усього	Лекції	Семінари	Самостійна робота
	Модуль IV. Психологічна допомога при ненормативному психічному розвитку	40	10	10	20
9	Принципи побудови пато психологічного обстеження дітей та роль даних про порушення у розвитку дитини.	9	2	2	4
10	Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей.	9	2	2	4
11	Сучасні методи психологічної корекції та консультування.	10	2	2	4
12	Зміна соціальної ситуації розвитку дитини як один з методів психологічної корекції.	9	2	2	4
13	Спеціальні школи для дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці	9	2	2	2
	Усього:	144	32	32	80

ЗМІСТ ДИСЦИПЛІНИ

Модуль I. Вступ до пато психології

Тема 1. Пато психологія: предмет і завдання (2 год.)

Загальне поняття про пато психологію, її завдання та значення. Поняття про психічну патологію. Зв'язок пато психології з іншими галузями наукового знання та практики. Принципи пато психологічних досліджень. Види спеціальностей, яким потрібні знання пато психології.

Тема 2. Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування.

Історія розвитку пато психології (2 год.)

Світова історія розвитку поглядів на патологію та її лікування. Світова історія розвитку поглядів на патологію та її лікування. Погляди на патологію та її лікування в античні часи. Погляди на патологію та її лікування в епоху Середньовіччя. Ренесанс і ство-

рення притулків. Початок ХХ ст.: дві точки зору на причини виникнення психічних порушень. Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні та Росії. Становлення вітчизняної патопсихології.

Тяжкі психічні порушення та їх лікування. Загальне уявлення про найбільш поширені психічні захворювання.

Модуль II. Види порушень психіки

Тема 3. Порушення психічних процесів (4 год.)

Патологічні зміни відчуттів. Патологічні зміни сприймання: ейдетизм, ілюзії, галюцинації, дереалізаційні і деперсоналізаційні порушення сприймання, агнозії.

Патологічні прояви уваги як психічного процесу: нестійкість, недостатня концентрація, порушення розподілу уваги, сповільненість переключення уваги, розсіяність уваги. Синдром дефіциту уваги.

Розлади пам'яті: амнезії (конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії), парамнезії.

Розлади мовлення.

Групи порушень мислення: порушення операційної сторони мислення, особистісного компоненту мислення, динаміки мислительних процесів, процесу саморегуляції пізнавальної діяльності. Основні прояви порушень мислення: конкретність, різноплановість, зниження критичності і саморегуляції, лабільність та інертність мислення, прискорення і сповільнення мислення, стрибки «ідей», ментизм, шперрунг, розірваність, зісковзування, беззв'язність, інкогеренція, вербігерація, різноплановість, обставинність, персервація, резонерство, нав'язливі ідеї, надцінні ідеї, ідеї маячення.

Порушення інтелекту: деменція, розумова відсталість.

Види афектів (фізіологічний, патологічний). Види стресів. Поняття психічної травми. Емоційні феномени: депресія, манія, ейфорія, дисфорія, апатія, паратимія, страх, тривога, туга, неспокій, почуття втрати відчуттів, амбівалентність, алекситимія, ангедонія.

Порушення вольової діяльності: порушення структури мотивів, формування патологічних потреб і мотивів (анорексія, булімія, клептоманія, піроманія, дипсоманія, дромоманія). Розлади рухово-вольової сфери: гіпербулімія, гіпобулімія, кататонічний синдром.

Тема 4. «Порушення свідомості» (2 год.)

Поняття свідомості. Критерії затьмареної свідомості. Приглушений стан свідомості. Деліріозне затьмарення свідомості. Онейроїдний (сновидний) стан свідомості. Сутінковий стан свідомості. Псевдодеменція. Деперсоналізація.

Тема 5. «Розлади особистості» (4 год.)

Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів. Порушення смислоутворення. Порушення підконтрольності поведінки.

Вплив відхилень у психічному розвитку на формування особистості. Причини виникнення відхилень в особистісному розвитку. Первинні і вторинні дефекти. Часткові і загальні порушення розвитку. Порушення міжфункціональної взаємодії.

Дисгармонійний розвиток особистості. Порушення емоційної регуляції як основа дисгармонійного розвитку. Психологічна структура психопатій. Невроз як прояв внутрішньо особистісного конфлікту.

Тема 6. «Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки» (4 год.)

Поняття про девіантну поведінку. Способи взаємодії індивіда з реальністю (приспосування, боротьба, хворобливе протистояння, втеча від реальності, ігнорування).

Типи девіантної поведінки. Делінквентна поведінка. Адиктивна поведінка. Особливості людей з адиктивними формами поведінки. Патохарактерологічний тип девіантної поведінки. Психопатологічний тип девіантної поведінки. Форми вияву девіантної поведінки: агресія, аутоагресія (суїцидальна поведінка, зловживання речовинами, які викликають стани зміненої психічної діяльності, порушення харчової поведінки, надцінні психологічні захоплення, надцінні психопатологічні захоплення (манії), характерологічні і патохарактерологічні реакції, комунікативні девіації, безморальна і аморальна поведінка, неестетична поведінка.

Модуль III. Вікова патопсихологія

Тема 7. Порушення психічного розвитку немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку (2 год.)

Патопсихологічні розлади, характерні для періоду новонародженості, віку немовляти і раннього дитинства. Синдром невропатії. Синдром раннього дитячого аутизму. Гіпердинамічний синдром. Синдром страху.

Психосоматичні розлади дітей у період новонародженості, віку немовляти і раннього дитинства.

Типові психопатологічні синдроми дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Специфічні розлади здібностей дітей до навчання. Синдром втечі і бродяжництва. Синдром патологічного фантазування.

Тема 8. Порушення психічного розвитку у підлітковому віці, ранній юності, зрілому та похилому віці (2 год.)

Типові поведінкові реакції підлітків на ту чи іншу соціальну ситуацію, що містять у собі небезпеку переростання у «крайні психопатії». Реакція «опозиції». Реакція «імітації». Реакція «гіперкомпенсації». Реакція «емансипації». Реакція «групування». Синдром дисморфоманії.

Типові психопатологічні феномени осіб похилого віку. Підвищена тривожність. Підозрілість і недовіра. Страх бути обдуреним.

Модуль IV. Психологічна допомога при ненормативному психічному розвитку

Тема 9. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення у розвитку дитини (2 год.)

Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей. Підбір експериментальних методик. Схема патопсихологічного обстеження дитини молодшого і середнього шкільного віку.

Роль даних про порушення у розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу. Зміна соціальної ситуації розвитку. Корекція виявлених порушень психічної діяльності дитини. Психотренінгові (розвивальні) корекційні методи. Психотерапевтичні корекційні методи.

Тема 10. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей (2 год.)

Методи інтегральної оцінки особистості дитини у контексті її соціальної ситуації розвитку.

Методи дослідження структурних компонентів особистості.

Тема 11. Сучасні методи психологічної корекції та консультування (2 год.)

Цілі та принципи консультативно-корекційної роботи. Індивідуальна і групова психологічна корекція. Корекція страхів. Види корекційної допомоги дітям при порушеннях психічного розвитку. Психотренінг.

Тема 12. Зміна соціальної ситуації розвитку дитини як один з методів психологічної корекції (2 год.)

Багатоаспектність проблеми зміни соціальної ситуації розвитку як спосіб психолого-педагогічної корекції особистісного розвитку підлітка. Оптимізація соціальної ситуації розвитку дитини шляхом диференціації навчання. Рання професійна орієнтація як пошук сфери самоствердження підлітка. Трудова і судова експертиза неповнолітніх.

Тема 13. Спеціальні школи для дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці (2 год.)

Мета і завдання спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці. Відкриті спеціальні навчальні заклади для дітей із відхиленнями у розвитку. Закриті спеціальні навчальні заклади для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці. Проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями у розвитку та поведінці.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ ТА САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ З КУРСУ

Розділ I. Вступ до патопсихології

Тема I. Патопсихологія: минуле та сучасність

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Визначення патопсихології, її завдання та зв'язок з іншими науками.
2. Принципи патопсихології.
3. Методи патопсихології (загальний огляд методик).

Література

1. Атлас для експериментального дослідження відхилень в психической діяльності людини / Под ред. И. А. Полищука и А. Е. Видренко. — К.: Здоров'я, 1980. — 123 с.
2. Блейхер В.М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. — Т.: Медицина, 1970. — 176 с.
3. Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. — СПб: ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999. — 224 с.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Академия, 2003. — С. 19–40.
5. Зінченко С. М. Патопсихологія. Методики дослідження: метод. посібник. — К., 2004. — 101 с.
6. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.
7. Психологический словарь / Авт.-сост. В. Н. Копорулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева, Л. М. Балабанова. Под общ. ред. Ю. Л. Неймера. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — С. 333.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи:

Психопатологія і мистецтво.

Література

- Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 102, 240, 249, 376, 498–499, 519.

Тема 2. Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Погляд з минулого на патологію та її лікування.
2. Внесок вітчизняних вчених, психологічних шкіл у розвиток патопсихології.

Література

1. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. — М.: Академия, 2003. — С. 3–18.
2. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 25–38.
3. *Кузнецов В. М., Чернявський В. М.* Психіатрія. — К.: Здоров'я, 1993. — С. 3–10.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

Моделі патології:

- 1) біологічна модель та біологічні методи терапії;
- 2) психодинамічна модель та психодинамічні методи терапії;
- 3) поведінкова модель та поведінкові методи терапії;
- 4) когнітивна модель та когнітивні методи терапії;
- 5) екзистенційно-гуманістична модель:
— гуманістична теорія і терапія К. Роджерса;
— гештальт-теорія і терапія;
— екзистенційні теорія і терапія;
- 6) соціокультурна модель та соціокультурні методи терапії.

Література

- Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 94–98.

Розділ II. Види розладів психіки

Тема 3. Розлади психічних процесів

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Патологічні зміни відчуттів та сприймань.
2. Патологічні прояви уваги.

3. Розлади пам'яті.
4. Групи порушень мислення, їх основні прояви та порушення інтелекту.
5. Порушення мовлення.
6. Поняття психічної травми.
7. Порушення емоційно-вольової сфери.

Література

Зейгарник Б. В. Патопсихологія. — М.: Академія, 2003. — С. 48–153.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи:

1. Генералізований тривожний розлад і фобії.
2. Панічний, obsесивно-компульсивний і стресові розлади.
3. Розлади настрою.
4. Розлади харчування.

Література

Комер Р. Патопсихологія поведіння. Нарухнення і патології психіки. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 133–246; 314–343.

Тема 4. Порушення свідомості

Запитання для підготовки до семінарського заняття:

Характеристика основних порушень свідомості.

Література

Зейгарник Б. В. Патопсихологія. — М.: Академія, 2003. — С. 41–47.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

Розлади, викликані використанням психоактивних речовин:

- 1) депресанти (алкоголь, седативно-снотворні лікарські засоби, опіати);
- 2) стимулятори (кокаїн, амфетаміни);
- 3) галюциногени, каннабіс (конопля) і комбінації психоактивних речовин;
- 4) пояснення причин розладів, викликаних використанням психоактивних речовин;
- 5) методи лікування розладів, викликаних використанням психоактивних речовин.

Література

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 344—389.

Тема 5. Розлади особистості

Запитання для підготовки до семінарського заняття:

1. Взаємозв'язок відхилень у функціонуванні психічних процесів та особистісному розвитку дитини:
 - детермінанти відхилень у розвитку особистості;
 - структура первинного і вторинного дефектів;
 - частковий і загальний характер порушень психічного розвитку;
 - порушення міжфункціональної взаємодії;
2. Неврози і психопатії:
 - залежність дисгармонійного розвитку від порушень емоційної регуляції;
 - психологічна сутність психопатій;
 - психологічні особливості та внутрішньо особистісний конфлікт при неврозах.

Література

Максимова Н. Ю., Мільотіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — С. 29–56; 102–132.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи:

Розлади особистості:

- 1) «дивні» розлади особистості: параноїдний розлад особистості, шизоїдний розлад особистості, шизотипний розлад особистості.
- 2) «драматичні» розлади особистості: антисоціальний розлад особистості, пограничний розлад особистості, гістрійонний розлад особистості, нарцистичний розлад особистості.
- 3) «тривожні» розлади особистості: унікаючий розлад особистості, залежний розлад особистості, obsesивно-компульсивний розлад особистості.

Література

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 505–542.

Тема 6. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Поняття та види девіантної поведінки.

2. Девіантна поведінка при різних типах характеру і видах виховання (поняття акцентуації характеру, види акцентуацій характеру, типи виховання).

3. Патопсихологія залежної поведінки (поняття залежної поведінки, основні види залежності, причини виникнення залежної поведінки; поведінкові характеристики Інтернет-залежності та практичні рекомендації щодо позбуття Інтернет-залежності; культова залежність, основні риси деструктивних культів, основні фактори ризику культової залежної поведінки, культові зміни особистості).

4. Хімічно залежна поведінка (алкоголізм: загальне поняття, мотивація вживання алкоголю та наркотичних речовин, негативні явища при прийомі алкоголю, хронічний алкоголізм, психотичні розлади при хронічному алкоголізмі (психози), алкоголізм у підлітків, алкоголізм у дітей; наркоманії, токсикоманії: основні наркотичні речовини, клінічні прояви наркоманій при вживанні різних наркотичних речовин, фактори ризику у розвитку наркоманій, терапія і профілактика при наркологічних проблемах).

5. Психотерапія хімічно залежної поведінки (психотерапія алкоголізму, психотерапія залежних від наркотичних речовин).

6. Форми соціальної дезадаптації неповнолітніх (порушення стосунків дитини і дорослого як першоджерело соціальної дезадаптації; механізм психологічного захисту при виникненні важковиховуваності у підлітків; новоутворення у структурі особистості дитини, які перешкоджають процесу соціалізації; діагностичні ознаки особистісних новоутворень; типологія соціально дезадаптованої поведінки).

7. Психологічна корекція та психотерапія девіантної поведінки у дітей та підлітків (методи, орієнтовані на батьків; методи допомоги підліткам з девіантною поведінкою).

Література

1. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: Навч. посібник. — К., 2005. — 64 с.

2. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Девіантна поведінка»: Навч. посібник. — К., 2006. — С. 38–75.

3. *Максимова Н. Ю.* Психологія адиктивної поведінки. — К., 2001. — 320 с.

4. *Максимова Н. Ю., Милотина Е. Л.* Курс лекцій по детской патопсихологии. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.

5. *Максимова Н. Ю., Милотина К. Л., Піскун В. М.* Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — 463 с.

6. *Менделевич В.Д.* Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб: Речь, 2005. — 445 с.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи:

1. Самогубство:
 - 1) поняття самовбивства;
 - 2) фактори, що сприяють виникненню суїцидальних намірів;
 - 3) пояснення суїциду;
 - 4) самовбивства у різних вікових групах;
 - 5) терапія і суїцид.
2. Основні підходи до пояснення девіантної поведінки.
3. Особистість підлітка та девіантна поведінка. Види підліткових девіацій.
4. Феномен дитячої агресивності як соціально-психологічна проблема.
5. Підліткова злочинність.
6. Суїцидальна поведінка дітей і підлітків.
7. Сім'я і витоки девіантної поведінки дітей.
8. Психокорекція і психотерапія девіантної поведінки.
9. Етнокультуральні види девіантної поведінки.
10. Дитячі види девіацій.
11. Девіації періоду дорослості.
12. Гендерні та професійні види девіацій.
13. Основи психологічної допомоги при девіаціях.
14. Методи діагностики девіантної поведінки.
15. Організаційно-методична робота із школярами з девіантною поведінкою.
16. Корекція агресивної поведінки школярів.

Література

1. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 247–277.

2. *Колесникова Г. И.* Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. — Ростов н/Д.: Феникс, 2007. — 120 с.

3. *Перешкина Н. В., Заостровцева М. Н.* Девиантный школьник: Профилактика и коррекция отклонений. — М.: ТЦ Сфера, 2006. — 192 с.

4. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. — 2-е изд. — М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2007. — 336 с.

5. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. — С. 355–409 с. (Глава VII. Психодиагностика личностных деформаций и отклоняющегося поведения).

Розділ III. Вікова патопсихологія

Тема 7. Порушення психічного розвитку немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Характеристика психічних порушень новонароджених, немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку.
2. Психічні відхилення у дітей з органічним ураженням центральної нервової системи.

Література

1. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕД-пресс-информ, 2002. — 592 с.
2. Зінченко С. М., Мартинюк В. Ю., Майстрок О. А. Психічні відхилення у дітей з органічним ураженням центральної нервової системи (Клініко-синдромологічний аспект). — К., 1999. — 24 с.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

1. Суть та особливості неврозу у дитячому віці.
2. Суть та особливості неврастенії у дитячому віці.
3. Дитячі страхи.
4. Порушення сну.
5. Нетримання сечі і калу.
6. Тики та інші мимовільні рухи.
7. Порушення апетиту і харчування.
8. Нав'язливі стани.
9. Істеричний невроз і конверсійні розлади.
10. Істеричний припадок.
11. Форми прояву істеричного неврозу.
12. Депресивний невроз.
13. Іпохондричні і соматоформні (психосоматичні розлади).
14. Звичні дії хворобливого і нехворобливого типу.

15. Парааутистичні стани у дітей і підлітків.
16. Розлади здібностей до арифметики.
17. Порушення здібностей до читання та письма, їх попередження.
18. Дитячі тривожні розлади.
19. Розлади, що виражаються у руйнівній поведінці.
20. Розлад, пов'язаний з дефіцитом уваги та гіперактивністю.

Література

1. *Зинченко С. М.* Почему детям бывает трудно учиться. — К.: Радянська школа, 1990. — 56 с.
2. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание (початок) // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 7. — С. 63–70.
3. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 8. — С. 51–57.
4. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 1. — С. 52–57.
5. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 2. — С. 54–59.
6. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 3. — С. 73–77.
7. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 6. — С. 73–77.
8. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 8. — С. 70–73.
9. *Зинченко С. М., Злагодух В. В.* Специфічні розлади здібностей дитини до навчання // Практична психологія та соціальна робота. — 2006. — № 8. — С. 48–51.
10. *Зинченко С. М.* Специфічні розлади здібностей дитини до навчання // Практична психологія та соціальна робота. — 2006. — № 9. — С. 63–66.
11. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 546–557.
12. Технологія попередження дисграфії / Л. Кондратенко, О. Прищепа. — К.: Главник, 2005. — 96 с.
13. Развитие личности ребенка / Н. Ньюкомб. — 8-е изд. — СПб: Питер, 2003. — 640 с.

Тема 8. Порушення психічного розвитку у підлітковому віці, ранній юності. Психічні розлади зрілого та похилого віку

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Порушення психічного розвитку у підлітковому віці:

- акцентуації та психопатії;
- невротичні розлади;
- початкові прояви психічних захворювань;
- порушення потягів;
- допомога у кризових станах.

2. Розлади похилого віку:

- розлади настрою, тривожні розлади і розлади, пов'язані із зловживанням психоактивними речовинами;
- делірій і деменція;
- ключові фактори, які впливають на психічне здоров'я людей похилого віку.

Література

1. *Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М.* Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — С. 188–223.
2. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕД-пресс-информ, 2002. — 592 с.
3. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 577–584.
4. Развитие личности ребенка / Н. Ньюкомб. — 8-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 640 с.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

1. Сексуальні розлади і розлади статевої ідентифікації.
2. Психологічні фактори і психічні хвороби:
 - симулятивні розлади (синдром Мюнхаузена, делегований синдром Мюнхаузена);
 - соматоформні розлади (істеричний соматоформний розлад, іпохондричні соматоформні розлади, іпохондрія);
 - психофізіологічні (психосоматичні) розлади.
3. Причини труднощів у навчанні.

Література

1. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 278–313.
2. *Зинченко С. Н.* Почему детям бывает трудно учиться. — К.: Рад. шк., 1990. — 56 с.

Розділ IV. Психологічна допомога при ненормативному психічному розвитку

Тема 9. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення у розвитку дитини

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей.
2. Схема патопсихологічного обстеження дитини молодшого і середнього шкільного віку.
3. Роль даних про порушення у розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу.
4. Зміна соціальної ситуації розвитку.
5. Загальна характеристика корекції виявлених порушень психічної діяльності дитини, психотренінгових та психотерапевтичних методів.

Література

Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — С. 15–29.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи:

Шизофренія.

Література

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 431–470.

Тема 10. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Характеристика методів інтегральної оцінки особистості дитини у контексті її соціальної ситуації розвитку.
2. Характеристика методів дослідження структурних компонентів особистості.

Література

1. *Максимова Н. Ю., Мілютіна Е. Л. Курс лекцій по детской патопсихологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.*
2. *Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — 463 с.*

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

Тривалі розлади, які розпочинаються у дитинстві:

- 1) аутизм;
- 2) розумова відсталість.

Література:

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 558–576.

Тема 11. Сучасні методи психологічної корекції та консультування

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Мета і принципи консультативно-корекційної роботи.
2. Індивідуальна і групова психологічна корекція.
3. Корекція страхів.
4. Види корекційної допомоги дітям при порушеннях психічного розвитку.
5. Психотренінг.

Література:

1. *Максимова Н. Ю., Милютіна Е. Л.* Курс лекцій по детской патопсихологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.
2. *Максимова Н. Ю., Милютіна К. Л., Піскун В. М.* Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — С. 284–323.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

1. Як поводити себе з хворими, які страждають психічними захворюваннями?
2. Методи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи.
3. Методи реабілітаційної психології та спеціальної педагогіки (для дітей з органічними ураженнями нервової системи).

Література

1. *Карпов А. А.* Ваш близкий — психически больной. — СПб, 2005. — 385 с.
2. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи. Навчально-методичний посібник / За ред. Мартинюка В. Ю., Зінченко С. М. — К.: Інтермед, 2005. — 416 с.

Тема 12. Зміна соціальної ситуації розвитку дитини як один з методів психологічної корекції

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Багатоаспектність проблеми зміни соціальної ситуації розвитку як спосіб психолого-педагогічної корекції особистісного розвитку підлітка.
2. Оптимізація соціальної ситуації розвитку дитини шляхом диференціації навчання.
3. Рання професійна орієнтація як пошук сфери самоствердження підлітка.
4. Трудова і судова експертиза неповнолітніх.

Література

1. Максимова Н. Ю., Милотина Е. Л. Курс лекцій по детской психопатологии: Учеб. пособие. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.
2. Максимова Н. Ю., Милотина К. Л., Пискун В. М. Основы детской психопатологии. — К.: Перун, 1996. — С. 323–359.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

1. Психічні аномалії та проблеми їх криміногенності.
2. Злочинна поведінка осіб з психічними аномаліями.
3. Вплив законодавства на систему психіатричних клінік.

Література

1. Балабанова Л. М. Судебная психопатология (вопросы определения нормы и отклонений). — Д.: Сталкер, 1998. — 432 с.
2. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 595–603.

Тема 13. Спеціальні школи для дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці

Запитання для підготовки до семінарського заняття

1. Мета і завдання спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці.
2. Відкриті спеціальні навчальні заклади для дітей із відхиленнями у розвитку.
3. Закриті спеціальні навчальні заклади для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці.
4. Проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями у розвитку та поведінці.

Література

1. *Максимова Н. Ю., Милотина Е. Л.* Курс лекцій по детской психологии: Учеб. пособие. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.
2. *Максимова Н. Ю., Милотина К. Л., Пискун В. М.* Основы детской психологии. — К.: Перун, 1996. — С. 360–387.

Завдання для самостійної (додаткової) роботи

1. Кримінальна відповідальність осіб з психічними аномаліями.
2. Вплив клініцистів на систему кримінального права.

Література

1. *Балабанова Л. М.* Судебная психология (вопросы определения нормы и отклонений). — Д.: Сталкер, 1998. — 432 с.
2. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. — С. 587–595.

ЗАПИТАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ІСПИТУ

1. Поясніть предмет вивчення патопсихології, її завдання та значення.
2. Розкрийте суть психічної патології.
3. Поясніть зв'язок патопсихології з іншими науками.
4. Назвіть принципи патопсихологічних досліджень.
5. Вкажіть, яким фахівцям потрібні знання патопсихології.
6. Опишіть коротко історію розвитку поглядів на патологію та її лікування.
7. Коротко опишіть історію розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні та Росії.
8. Коротко опишіть найбільш поширені психічні захворювання.
9. Охарактеризуйте розлади відчуттів.
10. Охарактеризуйте розлади сприймання.
11. Охарактеризуйте розлади уваги.
12. Охарактеризуйте розлади мислення.
13. Охарактеризуйте розлади інтелекту.
14. Охарактеризуйте розлади мовлення.
15. Охарактеризуйте розлади емоційної сфери.
16. Охарактеризуйте розлади волі.
17. Охарактеризуйте розлади пам'яті.
18. Дайте загальну характеристику свідомості, ознак порушень свідомості та самосвідомості.
19. Дайте порівняльну характеристику основних розладів свідомості.

20. Охарактеризуйте основні розлади самосвідомості.
21. Поясніть суть порушення опосередкованості та ієрархії мотивів особистості.
22. Поясніть суть розладу особистості: порушення смислоутворення та підконтрольності поведінки.
23. Розкрийте суть девіантної поведінки та назвіть її основні види.
24. Розкрийте суть делінквентної поведінки.
25. Розкрийте суть адиктивної поведінки.
26. Розкрийте суть патохарактерологічного типу девіантної поведінки.
27. Розкрийте суть психопатологічного типу девіантної поведінки.
28. Розкрийте суть девіацій, обумовлених гіперздібностями людини.
29. Назвіть основні форми вияву девіантної поведінки.
30. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: агресія, аутоагресія (суїцидальна поведінка).
31. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: зловживання речовинами, які викликають стани зміненої психічної діяльності (алкоголізація, наркотизація, тютюнопаління...).
32. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: порушення харчової поведінки (переїдання, голодування).
33. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: аномалії сексуальної поведінки (девіації і перверзії).
34. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: надцінні психологічні захоплення («трудоголізм», гемблінг, колекціонування, «параноя здоров'я», фанатизм — релігійний, спортивний, музичний та ін.).
35. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: надцінні психопатологічні захоплення («філософітська інтоксикація», сутяжництво і кверулянство, різновиди маній — kleptomania, dromomania тощо).
36. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: характерологічні і патохарактерологічні реакції (емансипації, групування, опозиції та ін.).
37. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: комунікативні девіації (аутизм, гіперкомунікативність, конформізм, псевдологія, нарцистична поведінка).
38. Поясніть суть таких форм вияву девіантної поведінки: безморальна і аморальна поведінка, неестетична поведінка.
39. Опишіть психічні порушення періоду новонародженості, немовляти і раннього дитинства.
40. Опишіть психічні порушення дошкільного і молодшого шкільного віку.

41. Опишіть психічні порушення підліткового віку.
42. Опишіть психічні порушення осіб зрілого та похилого віку.
43. Поясніть принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей.
44. Поясніть значення даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу.
45. Розкрийте особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей.
46. Розкрийте особливості патопсихологічного обстеження дітей дошкільного віку.
47. Розкрийте особливості патопсихологічного обстеження психічних процесів дітей шкільного віку.
48. Дайте загальну характеристику методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.
49. Розкрийте мету та принципи консультативно-коригуючої роботи.
50. Розкрийте суть та специфіку застосування індивідуальної та групової психологічної корекції.
51. Опишіть види психокоригуючої допомоги при порушеннях розвитку.
52. Розкрийте суть та специфіку застосування психотерапії.
53. Поясніть суть та значення зміни соціальної ситуації розвитку дитини.
54. Поясніть суть та значення зміни системи різнобічного оцінювання як засобу психолого-педагогічної корекції особистісного розвитку підлітка.
55. Поясніть суть та значення оптимізації соціальної ситуації розвитку дитини шляхом диференціювання навчання.
56. Поясніть суть та значення ранньої професійної орієнтації як пошуку сфери самоствердження підлітка.
57. Розкрийте мету і завдання спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці.
58. Поясніть суть функціонування відкритих спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у розвитку.
59. Поясніть суть функціонування закритих спеціальних навчальних закладів для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці.
60. Охарактеризуйте проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями у розвитку та поведінці.
61. Коротко охарактеризуйте основні моделі психічної патології у зарубіжній психології.

62. Поясніть суть затримки психічного розвитку.
63. Поясніть суть розумової відсталості (олігофренії).
64. Поясніть суть специфічних розладів здібностей дитини до навчання: дислексія, дисграфія, дискалькулія.
65. Охарактеризуйте особливості епілепсії.
66. Охарактеризуйте особливості раннього дитячого аутизму.
67. Розкрийте психологічну сутність психопатій.
68. Поясніть поняття психічної травми.
69. Опишіть причини виникнення відхилень в особистісному розвитку.
70. Опишіть структуру первинного і вторинного дефектів: частковий і загальний характер порушень психічного розвитку, порушення міжфункціональної взаємодії.
71. Доведіть наявність залежності дисгармонійного розвитку від порушень емоційної регуляції.
72. Опишіть психологічні особливості та внутрішньо особистісний конфлікт при неврозах.
73. Доведіть, що порушення взаємин дитини і дорослого є першоджерелом соціальної дезадаптації.
74. Опишіть новоутворення у структурі особистості дитини, які перешкоджають процесу соціалізації.
75. Розкрийте типологію соціально дезадаптованої поведінки.
76. Поясніть суть адиктивної і делінквентної поведінки як крайніх форм соціальної дезадаптації.
77. Поясніть причини виникнення асоціальних угруповань.
78. Поясніть специфіку вживання алкоголю і наркотиків у підлітковому віці.
79. Розкрийте роль неправильного сімейного виховання у виникненні адиктивної поведінки у підлітків.
80. Поясніть, яким чином відхилення у розвитку психіки дитини впливають на виникнення адиктивної поведінки.
81. Розкрийте суть особистісної схильності до адиктивної поведінки.
82. Опишіть динаміку зловживання психотропними речовинами у підлітковому віці.
83. Опишіть соціальну ситуацію розвитку дитини в алкогольній сім'ї.
84. Поясніть типи реакцій дітей на алкогольну ситуацію у сім'ї.
85. Як поводити себе з хворими, які страждають психічними захворюваннями?

Предметний покажчик та словник термінів

Абулія (с. 55) — відсутність вольової активності, часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або мутизмом (повною німотою).

Агарофобія (с. 53) — страх відкритих просторів.

Агнозії (с. 33) — розлади впізнавання, невпізнавання знайомих образів (слухових, зорових, просторових).

Адиктивна поведінка (с. 70–72) — одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Алалія (с. 50–51) — вид розладу мовлення, що характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів.

Алекситимія (с. 54) — утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може).

Алексія (с. 96) — повна відсутність здібності до читання.

Алкоголізм (с. 30) — хвороба, для якої характерне виникнення психічної, а потім і фізичної залежності від спиртного.

Амбівалентність мислення (с. 41) — порушення цілеспрямованості мислення, що полягає у формуванні суджень, виходячи з різних принципів, співіснуванні думок і асоціацій, які взаємно виключаються.

Амбівалентність почуттів (с. 54) — одночасне співіснування протилежних почуттів.

Амнезія (с. 36) — розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.

Ангедонія (с. 54) — втрата людиною почуття радості, задоволення.

Анестезія (с. 32) — втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.

Анорексія (с. 56, 77) — втрата бажання споживати їжу, відмова від їжі.

- Антероградна амнезія (с. 36)** — розлад пам'яті, за якого труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості.
- Антероретроградна амнезія (с. 36)** — порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.
- Апатія (с. 54)** — хвороблива байдужість, відсутність емоцій; при цьому емоційні реакції або не виникають, або слабко виражені; поєднуються із звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю.
- Апраксія (с. 57)** — більш легкий ступінь розладу цілеспрямованості дій.
- Астенія (с. 29)** — стан підвищеної втомлюваності, виснажуваності, втрата здатності тривалий час займатись фізичною і розумовою працею.
- Аутодеструктивна поведінка (саморуйнівна) (с. 74)** — різновид патологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки, система вчинків людини, спрямована не на розвиток і особистісне зростання, і не на гармонійну взаємодію з реальністю, а на деструкцію особистості.
- Афазія (с. 50)** — локальний розпад мовлення через ураження мовленнєвих та інших зон кори півкуль великого мозку, причетних до формування та регуляції мовленнєвої функції, що характеризується повною або частковою втратою мовлення.
- Афект (с. 52)** — інтенсивний, короточасний емоційний стан, для якого характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжується істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків.
- Безладність мислення (с. 41)** — розлад мислення, що проявляється порушенням логічного та граматичного зв'язку у реченнях.
- Булімія (с. 56, 77)** — підвищення (посилення) харчового потягу, що проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду, а також багатоядністю (поліфагія).
- Вербігерація (с. 41)** — розлад мислення, що проявляється стереотипним повторенням окремих слів чи складів.
- Відчуття втрати почуттів (с. 54)** — переживання незворотної втрати можливості почувати.
- Галюцинації (с. 26, 33)** — сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.
- Гіпербулія (с. 55)** — хворобливе посилення вольової активності, буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб.

- Гіперестезія (с. 32)** — підвищення здатності відчувати різні види подразнень.
- Гіперкінезії (с. 57)** — порушення психомоторики, що проявляються руховим збудженням, мимовільними рухами окремих м'язів або групи м'язів.
- Гіпермнезія (с. 36)** — порушення пам'яті часткового характеру, що проявляється підвищенням пам'яті.
- Гіпобулія (с. 55)** — послабленні активності, спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності.
- Гіпоестезія (с. 32)** — зниження здатності відчувати різні види подразнень.
- Гіпокінезії (с. 57)** — порушення психомоторики, що проявляються зменшенням дій та довільних рухів.
- Гіпомнезія (с. 36)** — порушення пам'яті часткового характеру, що проявляється зниженням пам'яті.

Дебільність (с. 46–47) — це легкий ступінь олігофренії, його основа — нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним; хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити; до 4–6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчать погано. Старанні спокійні діти завдяки своїй посидючості під контролем батьків задовільно вчать у нормальній школі, закінчують перші класи; частіше, однак, вони неспроможні осмислити елементарного навчального матеріалу і продовжують вчитися в допоміжній школі.

Девіантна поведінка (с. 68) — система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормативам і проявляються: у вигляді незбалансованості психічних процесів, неадаптивності, порушенні процесу самоактуалізації, у вигляді ухиляння від морального і естетичного контролю за власною поведінкою.

Делінквентна поведінка (с. 70) — девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання.

Деліріозне затьмарення свідомості (с. 60–61) — розлад свідомості, при якому порушене орієнтування в оточуючому внаслідок впливів яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають, виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація у часі і просторі.

Деменції (с. 38) — 1) порушення пам'яті, спричинені фізіологічним причинами, що впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення. 2) Синдром недоумкуватості — стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад, проявляється у послабленні пізнавальних процесів за рахунок зниження пам'яті, здатності до узагальнення, абстракції тощо. При цьому відбувається розпад особистості,

втрата критичного сприйняття свого стану. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватись уже набутими.

Деперсоналізація (с. 34, 62) — викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла. Своєрідна форма порушення самопізнання, характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла» — порушення відображення у свідомості людини основних якостей і способів функціонування її власного тіла, його окремих частин і органів.

Депресивний синдром (с. 54) — синдром розладу емоцій, що характеризується тріадою симптомів: настрої тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Депресія (с. 27, 52) — пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців.

Дереалізаційні розлади сприймання (с. 33) — розлади, за яких істотно змінюється сприймання об'єктів (мікропсія, макропсія, дисмегалопсія, порропсія).

Дизартрія (с. 51–52) — це порушення вимовної сторони мовлення (звуківідтворюючої та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферичної інервації органів мовлення — судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру (органи мовлення — губи, піднебіння, язик, голосові зв'язки тощо).

Дисграфія (с. 93–95) — специфічні розлади письма, що проявляються у труднощах співвіднесення звуків мовлення з їх графічним зображенням, просторового розташування літер (дзеркальне письмо), розділення слів, написання літер.

Дискалькулія (с. 98) — специфічне порушення у формуванні навичок лічби, пов'язане з недостатністю зорового гнозису, проявляється у нерозумінні структури числа, діти не можуть засвоїти систему розміщення цифр, розрядність числа та ін.

Дислалія (с. 51) — порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена інервація мовленнєвого апарату.

Дислексія (с. 93–96) — труднощі у засвоєнні навички читання, які полягають у тому, що дитина не може правильно співвіднести літеру і звук і тому не може читати текст.

Дисмегалопсія (с. 34) — розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі оточуючих предметів.

Диспраксія (с. 57) — розлад цілеспрямованості дій.

Дисоціативна амнезія (с. 37) — нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру.

Дисоціативна fuga (с. 37) — вид порушення пам'яті, за якого людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і уявити себе новою особистістю.

Дисфорія (с. 52) — стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів.

Ейдетизм (с. 33) — слід збудження, що тільки що закінчилось, у якому аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

Ейфорія (с. 52) — підвищений настрій з відтінком благодущності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого.

Емоційна лабільність (с. 52) — коливання настрою, легкі переходи від благодущності до гнівливого чи пригніченого стану.

Епілепсія (с. 29–30) — хронічне психічне захворювання, яке часто протікає з ускладненням симптомів і розвитком грубих змін особистості; основна характеристика хвороби — судомні або безсудомні напади, наявність пароксизмальних станів (судомних і безсудомних), визначені інтелектуально-мнестичні розлади та розлади особистості.

Ехолоалії (с. 57) — порушення психомоторики, що проявляються повторенням слів.

Ехомімії (с. 57) — порушення психомоторики, що проявляються копіюванням міміки.

Ехопраксії (с. 57) — порушення психомоторики, що проявляються повторенням рухів співрозмовника.

Загальний недорозвиток емоцій (с. 54) — у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія) прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій.

Загальний недорозвиток мовлення (с. 50) — вид розладу мовлення, що зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора).

Заїкання (с. 51) — це порушення процесу мовлення: його темпу, ритму та комунікативної функції мовлення; переважно через судоми, які виникають в артикуляційному та дихальному апараті.

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) (с. 50) — вид розладу мовлення, що характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення.

Затримка психічного розвитку (у дітей) (с. 48) — вид порушення інтелекту, основними ознаками якого є збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан; при цьому у дітей переважно мало знань, умінь, вузький світогляд тощо.

Зісковзування (с. 41) — порушення мислення, що проявляється втраченою логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події

хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця.

Ідіотія (с. 46–47) — це найглибший ступінь психічного недорозвинення, за якого мова не розвивається, хворі видають лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль; хворі не відрізняють істинне від неістинного, нерідко пожадливі, неохайні.

Ілюзії (с. 32) — викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.

Імбецильність (с. 46) — середній ступінь психічного недорозвитку, за якого хворі володіють невеликим запасом слів, їх мова хоч і дуже бідна, але послідовна; їх вдається навчити читанню, письму, елементарній лічбі, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин); такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Інкогеренція (с. 41) — розлад мислення, що проявляється порушенням зв'язку між складами у словах.

Клаустрофобія (с. 53) — страх закритих приміщень.

Кома (с. 60) — стан виключеної свідомості, при якому втрачаються функції усіх аналізаторів і відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються неврологічні рефлекси.

Контрастні нав'язливості (с. 53) — поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини, які вона може, але не хоче здійснити.

Конфабуляції (с. 36) — обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворити їх призводить до відтворення видуманих подій.

Корсаківський амнестичний синдром (с. 38) — порушення пам'яті, за якого люди постійно забувають тільки що почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними; характерні симптоми: затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій; спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок — нестачею вітаміну В₁ (тіаміну).

Криптомнезії (с. 36) — розлади пам'яті, за яких людина присвоює собі чужі думки, дії.

Макропсія (с. 34) — розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів.

Маніакальний синдром (с. 54) — синдром розладу емоцій, що характеризується тріадою симптомів: підвищеним настроєм, прискореним мисленням, рухливою активністю (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях).

- Маніакально-депресивний психоз (с. 27–28)** — захворювання, основним проявом якого є чергування маніакальних і депресивних станів.
- Маячення (с. 26, 42–45)** — ідеї, судження, які не відповідають дійсності, помилково обгрунтовані, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції (переконанню).
- Ментизм (с. 40)** — порушення мислення, що проявляється «напливом думок», «вихором ідей», збільшенням кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає нападаподібно і мимовільно.
- Мікросія (с. 33)** — розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів.
- Мутизм (с. 51)** — розлад комунікативної функції мовлення (повна німота).
- Надцінні ідеї (домінуючі) (с. 42–43)** — ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їхньої значущості.
- Наркоманія (с. 30)** — патологічна пристрасть до психоактивних речовин.
- Невідчепні (нав'язливі) ідеї (с. 42)** — думки, уявлення, спогади, що виникають попри волі людини і утримуються всупереч її бажанню.
- Невроз (с. 27)** — відноситься до пограничних станів у психіатрії. Це таке захворювання, яке виникає при життєвій ситуації, що різко змінилася як тяжка реакція особистості на цю ситуацію.
- Недорозвиток інтелекту (загальний) (с. 45)** — розлад інтелекту, за якого порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту і насамперед — інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і використаним (приклад: олігофренія).
- Нозофобії (с. 53)** — страхи захворіти на якісь захворювання.
- Обнубіляція (с. 60)** — легкий ступінь оглушення свідомості.
- Олігофренія (с. 45)** — стан психічного недорозвинення, для якого характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні і вольові порушення.
- Онейроїдний (сновидний) стан свідомості (с. 61)** — розлад свідомості, що характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості; характеризується глибоким розладом самосвідомості.

- Органічний дисоціативний розлад особистості (с. 37)** — розлад пам'яті, за якого в людини наявні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки один одного.
- Парабулія (с. 55)** — перекручення вольової активності, що проявляється негативізмом (безпідставною впертістю, невиконанням діяльності), амбітендентністю (одночасно наявні активні дії та відмова від них) та імпульсивністю (безмотивність дій і вольова некерованість).
- Паракінезія (с. 57)** — порушення психомоторики, що проявляються спотворенням рухів.
- Парамнезія (с. 36–37)** — розлад пам'яті, що проявляється конфабуляціями, псевдоремінісценціями, криптомпнезіями.
- Паратимія (с. 54–55)** — неадекватність, парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних — тужливий.
- Парестезія (с. 32)** — порушення відчуття, які проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін., можуть виникати в різних частинах тіла, мати тенденцію до переміщення.
- Парціальний недорозвиток емоцій (с. 55)** — синдром Каннера — дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мімічних ознак емоційних проявів).
- Патологічний афект (с. 52)** — афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності й амнезією своєї поведінки після закінчення афекту.
- Патопсихологія (с. 5)** — розділ медичної психології, який вивчає особливості психічної діяльності при психічних чи соматичних захворюваннях.
- Патохарактерологічний тип девіантної поведінки (с. 73)** — поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розлади особистості (психопатії), явно виражені акцентуації характеру, невротичний розвиток особистості.
- Перверзії (парафілії) (с. 56, 77–79)** — перекручення статевого потягу.
- Поропсія (с. 34)** — розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта.
- Приглушений стан свідомості (с. 60)** — розлад свідомості, що трапляється за гострих порушень центральної нервової системи, інфекційних захворювань, отруєнь, черепно-мозкових травм та характеризується різким підвищенням порогу для усіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій.
- Псевдодеменція (с. 62–63)** — розлад самосвідомості, що може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі та реактивних станів, характеризується розладами судження,

які гостро настають, а також інтелектуально-мнестичними розладами.

Псевдоремінісценції (с. 36) — порушення хронології в пам'яті, за якого окремі події минулого переносяться в теперішнє.

Психічна патологія (с. 7) — відхилення від загальноприйнятих норм, що супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією і небезпекою, яку людина несе сама собі та оточуючим.

Психози (с. 26–28) — це такий вид психічного розладу, за якого хворий не може правильно оцінювати себе, навколишню обстановку, ставлення інших людей до себе, вчинки його грубо неправильні.

Психопатія (с. 30) — це стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру і формується, як правило, з юного віку.

Психопатологічний тип девіантної поведінки (с. 73–74) — ґрунтується на психопатологічних симптомах чи синдромах, що є проявами тих чи інших психічних захворювань.

Психопатологія (с. 9) — галузь психіатрії, яка вивчає патологію психіки на підставі загальноклінічних категорій (тобто виникнення і протікання хвороби як клінічно закономірна зміна симптомів і синдромів), виявляє, описує і систематизує прояви порушених психічних процесів.

Резонерство (с. 49–40) — розлад мислення, що проявляється міркуванням заради міркування, безпредметністю мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст.

Ретроградна амнезія (с. 36) — порушення пам'яті, за якого неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною.

Розважність мислення (с. 41) — розлад мислення, що проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості деталей.

Розірваність мислення (с. 41) — розлад мислення, що проявляється порушенням логічного зв'язку в реченні за збереження граматичного зв'язку.

Сенестопатії (с. 33) — різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим і сприймаються як мігруючі образи.

Слабодухість (с. 54) — підвищена виснажливість емоцій.

Соматогнозія (с. 33) — розлад впізнавання частин власного тіла.

Сопор (с. 62) — стан свідомості, за якого можливі відповіді лише на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій — повертання голови, рухи кінцівок.

Соціофобії (с. 53) — страхи, в яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії.

Страх (с. 53) — стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано; почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій, яке проєктується назовні.

Сутінковий стан свідомості (с. 61–62) — розлад свідомості, за якого коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене, уривчасте.

Тривога (с. 53) — стан невмотивованого неспокою.

Туга (с. 54) — почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця.

Хвороба Альцгеймера (с. 38–39) — найбільш поширена форма деменції, що зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років.

Фобія (с. 53) — страх, що стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини.

Шизофренія (с. 29) — психічне захворювання, основними проявами якого є зміни особистості (зниження активності, аутизм і т. д.), різноманітні патологічні продуктивні симптоми (маячення, галюцинації, афективні розлади, кататонія і т. д.); протікання переважно хронічне (у вигляді нападів чи неперервне).

Шпрерунг (с. 40) — порушення мислення, що проявляється «закупоркою думок», «обривом думок», раптовою зупинкою, перериванням асоціативного процесу.

Список використаної та рекомендованої літератури

Основна

1. *Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека* / Под ред. И. А. Полищука и А. Е. Видренко. — К.: Здоров'я, 1980. — 123 с.
2. *Балабанова Л. М.* Судебная психология (вопросы определения нормы и отклонений). — Д.: Сталкер, 1998. — 432 с.
3. *Блейхер В. М.* Экспериментально-психологическое исследование психически больных. — Т.: Медицина, 1970. — 176 с.
4. *Демьянов Ю. Г.* Диагностика психических нарушений: Практикум. — СПб.: ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999. — 224 с.
5. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — 2-е изд., стереотип. — М.: Академия, 2003. — 208 с.
6. *Зінченко С. М., Мартинюк В. Ю., Майструк О. А.* Психічні відхилення у дітей з органічним ураженням центральної нервової системи (Клініко-синдромологічний аспект). — К., 1999. — 24 с.
7. *Зинченко С. М.* Почему детям бывает трудно учиться. — К.: Рад. школа, 1990. — 56 с.
8. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание (початок) // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 7. — С. 63–70.
9. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 8. — С. 51–57.
10. *Зінченко С. М.* Патопсихологія: методики дослідження. Розділ I. (методичний посібник). — К., 2004. — 30 с.
11. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 1. — С. 52–57.
12. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 2. — С. 54–59.
13. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 3. — С. 73–77.
14. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 6. — С. 73–77.
15. *Зинченко С. М.* Нервные дети — болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 8. — С. 70–73.
16. *Зінченко С. М.* Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: Навч. посібник. — К.: Екмо, 2005. — 62 с.
17. *Зінченко С. М.* Медична психологія. Розділ — Девіантна поведінка: Навч. посібник. — К., 2006. — 108 с.

18. Зінченко С. М., Злагодух В. В. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання // Практична психологія та соціальна робота. — 2006. — № 8. — С. 48–51.

19. Зінченко С. М. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання // Практична психологія та соціальна робота. — 2006. — № 9. — С. 63–66.

20. Карпов А. А. Ваш близкий — психически больной. — СПб, 2005. — 385 с.

21. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. — Ростов-н/Д.: Феникс, 2007. — 120 с.

22. Комер Р. Патология поведения. Нарушения и патологии психики. — 4-е изд. — СПб: ПРАЙМ-ЕВРОзнак, 2005. — 640 с.

23. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: Навчальний посібник. — К.: Здоров'я, 1993. — 344 с.

24. Максимова Н. Ю., Милотина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии: Учеб. пособие. — Ростов-н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.

25. Максимова Н. Ю., Милотина К. Л., Пискун В. М. Основы детской патопсихологии. — К.: Перун, 1996. — 463 с.

26. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. — К., 2001.

27. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — 4-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 592 с.

28. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учеб. пособие для вузов. — СПб: Речь, 2005. — 445 с.

29. Основы медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: Навч.-метод. посібник / За ред. Мартинюка В. Ю., Зінченко С. М. — К.: Інтермед, 2005. — 416 с.

30. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.

31. Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская, 2-е изд., испр. и доп. — М.: Когито-Центр, 2000. — 289 с.

32. Перешейна Н. В., Заостровцева М. Н. Девиантный школьник: Профилактика и коррекция отклонений. — М.: ТЦ Сфера, 2006. — 192 с.

33. Психологический словарь / Авт.-сост. В. Н. Копорулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева, Л. М. Балабанова; Под общ. ред. Ю. Л. Неймера. — Ростов-н/Д.: Феникс, 2003. — 640 с.

34. Развитие личности ребенка / Н. Ньюкомб. — 8-е изд. — СПб: Питер, 2003. — 640 с.

35. Технологія попередження дисграфії / Л.Кондратенко, О. Прищепка. — К.: Главник, 2005. — 96 с.

36. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М.: Изд. Ин-та психотерапии, 2002. — 490 с.

37. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. — 2-е изд. — М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2007. — 336 с.

Додаткова

1. Айхорн А. Трудный подросток. — М., 2001. — 304 с.
2. Александровский Ю. А. Глазами психиатра. — М., 1985. — 296 с.
3. Альберти Р., Эммонс М. Самоутверждающее поведение. Распрямись! Выкажись! Возрази!: Пер. с англ. М. В. Горшкова. — СПб: Академический проект, 1998. — 190 с.
4. Асанова Н. К. Психосоциальное развитие младенцев и детей, воспитывающихся в учреждениях: Метод. пособие / Под ред. Н. К. Асановой. — М.: Ин-т детской психотерапии и психоанализа, 1997. — 32 с.
5. Байярд Д., Байярд К. Ваш беспокойный подросток. — М.: Педагогика, 1991. — 208 с.
6. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). — М., 1989.
7. Битенский В. С., Херсонский Б. Г. Мотивировка, условия, способствующие злоупотреблению наркотиками / Психологические исследования и психотерапия в наркомании. — Л., 1989. — С. 83–88.
8. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А. Наркомания у подростков. — К.: Здоровье, 1989. — 216 с.
9. Бокий И. В., Рыбакова Т. Г. Семейная психотерапия в профилактике рецидивов алкоголизма / Психогигиена и психопрофилактика. — Л., 1983. — С. 32–37.
10. Болотова Т. Е. Как помочь себе и своему ребенку. Жила-была психология. — СПб: СОЮЗ, 2000. — 160 с.
11. Бондаровська В. Що ми можемо зробити, щоб запобігти домашньому насильству. — К.: СДМ-Студіо, 1999. — 63 с.
12. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб, 1997.
13. Бютнер К. Жить с агрессивными детьми: Пер. с нем. — М.: Педагогика, 1991. — 141 с.
14. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. — М.: МГУ, 1988. — 216 с.
15. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Ось-89, 2000. — 224 с.
16. Винникотт Д. В. Разговор с родителем. — М.: НФ Класс, 1995.
17. Вихованець О. А., Чемерис М. І. Соціально-педагогічні проблеми молоді з девіантною поведінкою // Теоретичні та методичні засади соціально-педагогічної підготовки вчителя. — Київ-Житомир. — ЖДПІ, 1999. — С. 136–139.
18. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. — М., 1971.
19. Гилберт К., Питере Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. — СПб, 1998.
20. Гиппенрейтер Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? — М.: МАСС МЕДИА, 1995.
21. Громадська програма запобігання насильству в сім'ї (проект «Гармонія»). — Львів, 2000. — 95 с.
22. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист: Зб. док. — К.: Столиця, 1998. — Ч. 1. — 248 с.

23. Діти України: Національна програма. Указ Президента України № 63/96 від 18 січня 1996 р.
24. *Долгушин А. К.* Введение в социальную реабилитологию. — М., 2000. — 58 с.
25. *Ермолаева Т. В.* Экстремальное существование в семье: преступник и жертва // Сім'я та шлюбно-родинні стосунки в Україні. Зб. наук. праць. — К.: УАДУ, 2001. — С. 177–180.
26. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» від 21.06.2001 р.
27. *Захаров А. И.* Как помочь нашим детям избавиться от страха. — СПб: Гиппократ, 1995. — 128 с.
28. *Захаров А. И.* Предупреждение отклонений в поведении ребенка. — СПб, 1997.
29. *Захаров А. И.* Психотерапия невротизма у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1982. — 216 с.
30. *Зверева І. Д.* Концепція соціальної роботи з дітьми та молоддю в Україні // Робочі матеріали семінару ДХВ та АПСВ. Теорія і методика соціальної роботи: менеджмент соціальної роботи. — К., 2001. — С. 4–13.
31. *Клауд Г., Таундсен Дж.* Барьеры. Когда говорит ДА. Когда говорит НЕТ. Как управлять своей жизнью: Пер. с англ. — СПб: Мирт, 1999. — 384 с.
32. Конвенция ООН про права дитини. — К.: ТМ Притік Прес, 1999.
33. *Кондратенко В. Т.* Девиантные отклонения у подростков. — Минск: Беларусь, 1988. — 205 с.
34. *Копыт Н. Я., Скворцова Е. С.* Алкоголь и подростки. — М., 1984. — 261 с.
35. *Кэмбелл Р.* Как справляться с гневом ребенка. — СПб, 1997.
36. *Лангмейер И., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте. — Прага: Авиценум, 1984. — 334 с.
37. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. — М.: Изд-во МГУ, 1985. — 166 с.
38. *Леві В.* Нестандартна дитина. — К., 1992. — 256 с.
39. *Леонгард К.* Акцентуированные личности: Пер. с нем. — К.: Вища шк., 1981. — 392 с.
40. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
41. *Лэндрет Г. Л.* Игровая терапия: искусство отношений. — М.: Междунар. педаг. академия, 1994.
42. *Лютова Е. К., Моница Г. Б.* Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. — СПб.: ООО Речь, 2001. — 190 с.
43. *Максимова Н. Ю.* Психологічна профілактика вживання підлітками алкоголю та наркотиків. — К.: ВШОЛ, 1997. — 208 с.
44. *Марковская И. М.* Тренинг взаимодействия родителей с детьми. — СПб: Речь, 2000. — 150 с.
45. *Мастюкова Е. М., Грибанова Г. В., Московкина А. Г.* Профилактика и коррекция нарушений психического развития детей при семейном алкоголизме. — М.: Просвещение, 1989. — 78 с.

46. Москаленко В. Д. Дети больных алкоголизмом // Обзорная информация. — Выпуск 1. — М., 1990. — 67 с.
47. Москаленко В. Д. Ребенок в «алкогольной» семье // Вопросы психологии. — № 4, 1991. — С. 65—74.
48. Оклендер В. Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии. — М., 1997.
49. Осорина М. В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. — СПб, 1998.
50. Пеша І. В. Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (проблеми реформування). — К.: Логос, 2000. — 87 с.
51. Про органи і служби у справах неповнолітніх та спеціальні установи для неповнолітніх // Закон України від 24 січня 1995 р.
52. Раттер Т. Помощь трудным детям: Пер. с англ. / Общ. ред. А. С. Спиваковской. — М.: Прогресс, 1987. — 424 с.
53. Сидоренко Е. В. Опытты реориентационного тренинга. — СПб, 1995.
54. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / За заг. ред. А. Й. Капської, І. М. Мінчук, С. В. Товстоухової. — К., 2000. — 260 с.
55. Слот В., Спаньярд Х., Шульга Т. И. Методика работы с детьми «группы риска». — М.: УРАО, 1999. — 84 с.
56. Смит Энн У. Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье: Кн. для учителя: Пер. с англ. Ю. И. Киреева. — М.: Просвещение, 1991. — 128 с.
57. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — М., 1989.
58. Соціальна робота з підлітками та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи. — К.: УДЦССМ, 2000. — 275 с.
59. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. — М.: Изд-во МГУ, 1988.
60. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? — М., 1998.
61. Фромм Э. Психология человеческой деструктивности. — М., 1994.
62. Фурманов И. А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. — Минск, 1997.
63. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. — М., 1997.
64. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей. — М.: Знание, 1981. — 192 с.
65. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Использование игровой психотерапии для коррекции нарушений поведения у подростков // Психогигиена и психопрофилактика. — Л., 1983. — С. 122—125.
66. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1990. — 132 с.
67. Яковлев Г. М., Новиков В. С., Хавинсон В. Х. Резистентность, стресс, регуляция. — Л.: Наука, 1990.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Ірина Анатоліївна МАРТИНЮК

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Керівник видавничих проєктів – *Б. А. Сладкевич*
Друкується в авторській редакції

Підписано до друку 30.05.2008. Формат 60x84 1/16.
Друк офсетний. Гарнітура PetersburgC.
Умовн. друк. арк. 11,7.
Наклад 1000 прим.

Видавництво «Центр учбової літератури»
вул. Електриків, 23
м. Київ, 04176
тел./факс 425-01-34, тел. 451-65-95, 425-04-47, 425-20-63
8-800-501-68-00 (безкоштовно в межах України)
e-mail: office@uabook.com
сайт: WWW.CUL.COM.UA

Свідоцтво ДК № 2458 від 30.03.2006