

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені К. Д. УШИНСЬКОГО»**

**Ганна Соколова  
Ірина Орленко**

**ПІДРУЧНИК**

**«ПАТОПСИХОЛОГІЯ»**

**для здобувачів освіти першого (бакалаврського) рівня  
спеціальності А6 «Спеціальна освіта»**

**Одеса  
2026**

**УДК 37.013.42:338.24(083.1)**  
**ББК 74.6+65.290-2я7**

Рекомендовано до друку вченою радою Державного закладу  
«Південноукраїнського національного педагогічного університету  
імені К. Д. Ушинського».  
Протокол №10 від 26 лютого 2026 року

**Рецензенти:**

Прохоренко Леся Івановна – доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України, директор Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України.

Руденко Лілія Миколаївна – доктор психологічних наук, професор, Український Державний університет ім. Михайла Драгоманова.

Соколова Г.Б., Орленко І.М. Патопсихологія. Одеса : Університет Ушинського, 2026. 247 с.

Підручник репрезентує систематизований виклад теоретичних, прикладних і галузево-варіативних аспектів патопсихології в контексті сучасного розвитку спеціальної освіти. У виданні послідовно розкрито помодульний зміст теорії та методики патопсихології відповідно до освітньої програми. Підручник охоплює повний обсяг навчального матеріалу з дисципліни «Патопсихологія» і є базовим джерелом фахових знань для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня спеціальності А6 (016) «Спеціальна освіта».

## ЗМІСТ

Навчальний курс «Патопсихологія».....	4
<b>НАВЧАЛЬНИЙ МОДУЛЬ I</b>	
<b>ТЕМА 1. Введення до патопсихології. Історія розвитку патопсихології.....</b>	<b>10</b>
ТЕМА 1.1. Введення до патопсихології. Історія становлення патопсихології в Україні.....	10
ТЕМА 1.2. Методологічні основи патопсихології.....	26
ТЕМА 1.3. Методи патопсихологічного дослідження.....	40
<b>ТЕМА 2. Порушення уваги.....</b>	<b>71</b>
<b>ТЕМА 3. Порушення пам'яті.....</b>	<b>78</b>
<b>ТЕМА 4. Порушення мислення. Порушення сприйняття.....</b>	<b>92</b>
ТЕМА 4.1. Порушення мислення.....	92
ТЕМА 4.2. Порушення сприйняття.....	111
<b>ТЕМА 5. Порушення мовлення.....</b>	<b>153</b>
<b>ТЕМА 6. Порушення особистості. Порушення і акцентуації характеру.....</b>	<b>160</b>
ТЕМА 6.1. Порушення особистості.....	160
ТЕМА 6.2. Порушення і акцентуації характеру.....	181
<b>ТЕМА 7. Порушення емоційної-вольової сфери.....</b>	<b>193</b>
ТЕМА 7.1.Порушення вольової сфери.....	193
ТЕМА 7.2. Порушення емоційної сфери.....	198
<b>Контрольні питання.....</b>	<b>206</b>
<b>Ситуаційні завдання.....</b>	<b>209</b>
<b>Глосарій (словник-довідник тлумачення основних понять).....</b>	<b>213</b>
<b>Предметний покажчик.....</b>	<b>220</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>223</b>
<b>Додаток А. Задачі з патопсихології до практичних занять.....</b>	<b>227</b>
<b>Додаток Б. Опорні таблиці до дисципліни «Патопсихологія».....</b>	<b>245</b>

## **Навчальний курс «Патопсихологія»**

Навчальна дисципліна «Патопсихологія» належить до обов'язкових освітніх компонент освітньо-професійної програми «Спеціальна освіта (Логопедія)» для здобувачів освіти першого (бакалаврського) рівня. Вивчення курсу «Патопсихологія» є важливим етапом у підготовці здобувачів вищої освіти спеціальності А6 «Спеціальна освіта», оскільки забезпечує фундаментальні знання про механізми порушень психічних процесів, їх прояви та вплив на мовленнєвий і когнітивний розвиток дитини.

Засвоєння цього курсу дозволить майбутнім фахівцям ґрунтовно аналізувати основні симптоми порушень когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення, сприйняття, емоційно-вольової сфери) та їхній взаємозв'язок із порушеннями мовлення.

У сучасних умовах, коли зростає кількість дітей із комплексними порушеннями розвитку, в тому числі мовленнєвими і когнітивними дисфункціями, логопеду необхідно володіти знаннями про патопсихологічні механізми, що лежать в основі цих розладів. Опанування патопсихологічних знань є важливим для здобувачів вищої освіти, оскільки надає їм можливість проводити комплексну диференційну діагностику мовленнєвих порушень, враховуючи супутні когнітивні та емоційні дисфункції, створювати індивідуальні корекційні програми, адаптовані до особливостей розвитку дитини, взаємодіяти з мультидисциплінарною командою, забезпечуючи комплексний підхід до підтримки дітей із мовленнєвими труднощами.

«Патопсихологія» є однією з ключових дисциплін у підготовці логопедів, оскільки вона дозволяє глибше зрозуміти механізми порушень психічної діяльності, що впливають на мовленнєвий розвиток. Вивчення цієї дисципліни сприяє формуванню у логопедів науково обґрунтованого підходу до діагностики, корекції та розвитку мовлення дітей.

Таким чином, дисципліна «Патопсихологія» є необхідною складовою підготовки логопедів, оскільки її вивчення забезпечує науково обґрунтований підхід до роботи з мовленнєвими порушеннями та сприяє підвищенню ефективності корекційної роботи.

При викладанні конкретного матеріалу було залучено наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, що видані останнім часом.

**Метою навчальної дисципліни «Патопсихологія»** є засвоєння здобувачами освіти системи знань про структуру порушень психічної діяльності особистості, закономірності її розпаду у співставленні з нормою, а також ознайомлення з основними етапами розвитку патопсихології, зокрема в Україні.

**Курс спрямований** на формування у студентів уявлень про специфіку функціонування психіки у випадках її порушення, розвиток здатності до професійного аналізу станів, що супроводжують психічні розлади, та розуміння соціокультурного контексту ставлення до осіб із психічними порушеннями.

Знання з цього курсу сприятимуть формуванню професійної компетентності майбутніх фахівців у сфері

психології та спеціальної освіти, зокрема у питаннях діагностики, корекції та соціальної адаптації осіб із психічними порушеннями. Також вони допоможуть студентам глибше розуміти порушення пізнавальних процесів (уваги, пам'яті, мислення, сприймання, мовлення) у контексті патопсихології; аналізувати порушення в емоційно-вольовій сфері та особистості – включно з акцентуаціями характеру, емоційними розладами та порушеннями волі.

### **Очікувані програмні результати навчання.**

**ПРН 2.** Здійснювати пошук, аналіз і синтез інформації з різних джерел для розв'язування конкретних задач спеціальної та інклюзивної освіти.

**ПРН 3.** Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування, обмеження життєдіяльності у контексті професійних завдань.

**ПРН 4.** Застосовувати для розв'язування складних задач спеціальної освіти сучасні методи діагностики психофізичного розвитку дітей, критично оцінювати достовірність одержаних результатів оцінювання, визначати на основі їх інтерпретації особливі освітні потреби дітей та рекомендації щодо створення найоптимальніших умов для здобуття освіти.

**ПРН 8.** Організовувати і здійснювати психолого-педагогічне вивчення дітей з особливостями психофізичного розвитку, діагностико-консультативну діяльність.

**ПРН 9.** Мати навички комплектування та організації діяльності спеціальних закладів освіти, спеціальних груп у закладах дошкільної освіти,

спеціальних класів у закладах загальної середньої освіти тощо

**ПРН 10.** Здійснювати спостереження за дітьми з психофізичними порушеннями (інтелекту, мовлення, зору, слуху, опорно-рухових функцій тощо), реалізовувати корекційно-педагогічну роботу з урахуванням їхніх психофізичних, вікових особливостей, індивідуальних освітніх потреб, можливостей та здібностей.

**У результаті вивчення курсу студенти повинні**

**знати:**

- ✧ знати основні симптоми порушень основних психічних функцій;
- ✧ класифікувати основні синдроми;
- ✧ визначати основні нозології, що найчастіше зустрічаються у дітей.

**уміти:**

- ✧ встановлювати конструктивні відношення з дітьми, підлітками, що мають порушення в психічному розвитку, їх батьками і іншими родичами;
- ✧ проводити психолого-педагогічне обстеження, виявлення і диференціювання психологічних симптомів і синдромів;
- ✧ розмежовувати і прогнозувати перебіг основних нозологічних форм.

Унаслідок досягнення результатів навчання здобувачі вищої освіти в контексті змісту навчальної дисципліни мають опанувати такі **компетентності**:

*Загальні компетентності:*

**ЗК 10.** Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

*Спеціальні компетентності:*

**СК 1.** Усвідомлення сучасних концепцій і теорій функціонування, обмеження життєдіяльності, розвитку, навчання, виховання і соціалізації осіб з особливими освітніми потребами.

**СК 3.** Здатність застосовувати психолого-педагогічні, дефектологічні, медико-біологічні, лінгвістичні знання у сфері професійної діяльності.

**СК 8.** Готовність до діагностико-консультативної діяльності.

**СК 13.** Здатність будувати гармонійні відносини з особами з психофізичними порушеннями, їхніми сім'ями та учасниками спільнот без упередженого ставлення до їх індивідуальних потреб.

Дисципліна тісно пов'язана з іншими компонентами освітньо-професійної програми, зокрема з дисциплінами «Вступ до спеціальності «Спеціальна освіта»», «Спеціальна педагогіка», «Спеціальна психологія», «Психолого-педагогічна діагностика дітей з особливими освітніми потребами», «Логопедія». Міждисциплінарний характер курсу забезпечує інтеграцію теоретичних знань і практичних умінь, необхідних для роботи з особами з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного та спеціального освітнього середовища.

Підручник підготовлено відповідно до затвердженої робочої програми навчальної дисципліни

«Патопсихологія» на кафедрі спеціальної та інклюзивної освіти (Протокол №2 від 29.08.2025) та охоплює зміст курсу, передбаченого освітньо-професійною програмою підготовки бакалаврів спеціальності А6 «Спеціальна освіта». Структура підручника відповідає логіці навчального процесу та побудована за модульним принципом.

Матеріали підручника пройшли апробацію в освітньому процесі під час викладання навчальної дисципліни «Патопсихологія» здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня та довели свою ефективність у формуванні професійних знань і вмінь майбутніх фахівців.

# НАВЧАЛЬНИЙ МОДУЛЬ I

## ТЕМА 1. ВВЕДЕННЯ ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

### ТЕМА 1.1. Введення до патопсихології. Історія становлення патопсихології в Україні

#### ПЛАН

1. Поняття про патопсихологію (визначення патопсихології).
2. Предмет патопсихології. Завдання та місце патопсихології у системі наук. Структура патопсихології.
3. Історія становлення патопсихології в Україні: від зародження до сучасної інтегративної парадигми.

#### Поняття про патопсихологію

Існує кілька трактувань терміна «патопсихологія» (від грец. *Pathos* – «страждання»). Так, С. Д. Максименко під патопсихологією розуміє галузь психології, що вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку, пов'язаних з психічними або соматичними захворюваннями. В інтерпретації І. А. Мартинюк патопсихологія вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів в нормі, закономірності перекручувань відображеної діяльності мозку.

Ми пропонуємо наступне визначення: патопсихологія - галузь психології, що вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку в

порівнянні з нормою, пов'язаних з психічними, соматичними або екстремальними навантаженнями на психіку.

У сучасній психології іноді спостерігається змішання понять і некоректне використання термінів патопсихології. У зв'язку з цим закономірне питання про розмежування понять «психопатологія» і «патопсихологія». Визнання того, що патопсихологія є психологічною, а не медичною дисципліною, визначає предмет патопсихології і відмежовує його від предмета психопатології.

Психопатологія як галузь медицини спрямована на вивчення загальних особливостей психічних захворювань, дослідження їх симптомів і синдромів, виявлення патогенетичних механізмів психічних порушень.

Патопсихологія, будучи психологічною дисципліною, виходить із закономірностей розвитку і структури психіки в нормі. Вона вивчає принципи розладу психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів в нормі. Таким чином, при всій близькості об'єктів дослідження психопатологія і патопсихологія відрізняються своїми предметами. Тому проблеми і завдання, які патопсихологія повинна вирішувати власними методами і використовуючи свої поняття, не повинні підмінятися проблемами, які перебувають в компетенції психіатрів. Наприклад, встановлення клінічного діагнозу захворювання, призначення

відповідного лікування - компетенція психіатра, а психологічне дослідження порушень мислення, особистості, розумової працездатності хворого, виявлення збережених психічних функцій для побудови плану корекційно-відновлювальної роботи - компетенція патопсихолога.

### **Об'єкт і предмет патопсихології**

**Об'єктом** патопсихології є патологічні стани мозку.

**Предмет** патопсихології становить зміна психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою.

### **Задачі і місце патопсихології в системі наук**

Іноді патопсихологу доводиться вирішувати задачі, які традиційно відносяться до компетенції психолога, який працює в спеціальній освіті : наприклад, давати оцінку навченості дитини при встановленні або знятті діагнозу «розумова відсталість» (порушення інтелектуального розвитку).

Іншою задачею патопсихології - отримання додаткових даних про психічний стан хворого: стан його пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості в цілому. Спеціальне експериментально-психологічне дослідження допомагає виявити багато ознак психічних порушень, визначити їх структуру і взаємозв'язок. Встановлюючи структуру порушення пізнавальної діяльності та особистості, патопсихологічне дослідження надає клініцисту додаткові дані, необхідні для діагностики захворювання.

Ще одним важливою задачею, яке вирішує патопсихолог, є проведення експериментально-психологічного дослідження з метою психіатричної експертизи (трудова, військова, судова). В ході подібного експертного дослідження психолог може вирішувати задачі або встановлення структури порушень і їх співвідношення зі збереженню сторонами психічної діяльності, або диференціальної діагностики. Складність такого дослідження для психолога полягає в тому, що хворий зацікавлений в результатах дослідження, а тому він може применшувати вираженість хворобливих порушень (дисимуляція), посилювати тяжкість наявних порушень (агравация) або навіть симулювати хворобливі прояви психіки, для того щоб уникнути відповідальності або отримати інвалідність .

Наступною задачею патопсихолога стає дослідження зміненої психічної діяльності під впливом терапії. У цих випадках неодноразове дослідження хворого однотипним набором методик дозволяє встановити динаміку змін психіки під впливом лікування і таким чином продемонструвати його ефективність.

На малюнку 1 показано зв'язок патопсихології з іншими галузями наук.

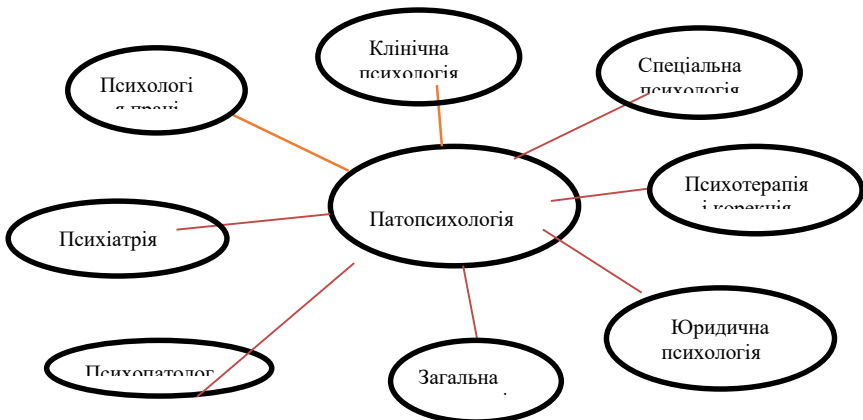
Зв'язок патопсихології зі спеціальною психологією докладно описана в першій задачі патопсихології (патопсихолог дає оцінку навченості дитини при підозрі на порушення інтелектуального розвитку (розумову відсталість).

Зв'язок патопсихології з клінічною психологією і психопатологією описана в другій задачі патопсихології: патопсихолог здійснює допомогу лікарям у виявленні ознак психічних порушень.

У третій задачі патопсихології охарактеризований зв'язок патопсихології з юридичною психологією і психологією праці. Наприклад, проведення експериментально-психологічного дослідження з метою психіатричної експертизи.

У четвертій задачі виявлений зв'язок патопсихології з психотерапією і психіатрією (дослідження змін психічної діяльності під впливом терапії).

Патопсихологія пов'язана із загальною психологією: досліджуючи психологію людей з психічними порушеннями, можна краще зрозуміти психологію нормальних людей. Наприклад, вивчення осіб, що страждають на аутизм (основна патологія при цьому захворюванні - це порушення нормальної комунікації), допомагає оцінити вплив нормальної комунікації на розвиток особистості



Малюнок 1. Зв'язок патопсихології з іншими науками

## **Структура патопсихології**

У структурі патопсихології виділяють теоретичну і прикладну патопсихологію:

-теоретична (академічна) патопсихологія вивчає загальні закономірності зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою. Її мета - надання допомоги в розумінні процесів, що відбуваються при патологічних станах мозку;

-практична (прикладна) патопсихологія відповідає потребам практики при проведенні експертизи, оцінка ефективності лікування, особливо при використанні психофармакологічних засобів і т.д.

Щодо іншої підстави виділення галузей патопсихології пропонують враховувати вікові особливості. Розрізняють такі галузі патопсихології:

- ✓ дошкільна патопсихологія;
- ✓ патопсихологія молодших школярів;
- ✓ патопсихологія підлітків;
- ✓ юнацька патопсихологія;
- ✓ патопсихологія дорослих;
- ✓ патопсихологія людей похилого віку.

**Історія становлення патопсихології в Україні: від зародження до сучасної інтегративної парадигми**

Становлення та розвиток патопсихології в Україні — це багатогранний процес, який відображає еволюцію наукової думки від перших клінічних спостережень до сучасних міждисциплінарних досліджень, що починається на зламі XIX і XX століть. У цей період, коли медицина та психологія тільки починали взаємодіяти, плеяда видатних вчених заклала фундаментальні основи для розуміння патологічних станів психіки.

Перші паростки патопсихології в Україні пов'язані з діяльністю **Івана Сікорського (1842–1914)**, засновника Київської психіатричної школи. Його підхід був новаторським, оскільки він не обмежувався лише психіатричним діагнозом, а активно застосовував клініко-психологічні спостереження. Сікорський приділяв особливу увагу діагностиці порушень у дітей, що заклало основи вітчизняної дитячої патопсихології та спеціальної педагогіки. Його праці стали першим мостом, що поєднав медицину, психологію та педагогіку.

Паралельно, у Харкові, свою наукову діяльність розгорнув **Павло Ковалевський (1849–1931)**, професор Харківського університету. У своїй праці «Основи механізму душевної діяльності» він вперше систематизував підходи до вивчення психічно хворих за допомогою психометричних методів. Ковалевський, як і Сікорський, прагнув об'єктивувати психічні явища, що стало критично важливим для формування діагностичного напрямку патопсихології.

Розвиток патопсихології в Україні нерозривно пов'язаний із становленням експериментальної психології. Українські вчені, як-от Микола Ланге та Григорій Костюк, заклали основи для об'єктивного вивчення психічних процесів, що пізніше стало критично важливим для розуміння патологічних відхилень.

**Микола Ланге (1858–1921)**, професор університету в Одесі, був одним із перших, хто наголошував на значенні експерименту як ключового методу наукових досліджень у психології. Його експериментальні роботи були присвячені вивченню психомоторики, уваги та сприймання. Ланге встановив, що процес сприймання відбувається поетапно: від менш диференційованого до більш диференційованого стану. Він пов'язував цю послідовність із філогенетичним розвитком людини. Вчений критикував метод інтроспекції, вважаючи його недостатньо ефективним, оскільки він фіксує лише кінцевий результат психічного процесу, а не його стадії.

**Григорій Костюк (1899–1982)**, відомий український психолог, очолював Інститут психології в Україні, який згодом назвали його ім'ям. Костюк продовжив та поглибив експериментально-генетичний підхід. Він розробив оригінальну експериментальну модель, в якій досліджувані сприймали предмети в короткочасно освітленій темній камері. Це дозволило йому вивчати чутливість зорового аналізатора, формування цілісного образу, розвиток гіпотез-образів

та їхній перехід від простих до складних пізнавальних завдань. Завдяки цьому методу Костюк зміг проаналізувати складові психіки, що забезпечують перехід від перцептивних завдань до складніших форм пізнавальної та продуктивної діяльності.

Внесок Миколи Ланге та Григорія Костюка був надзвичайно важливим для подальшого розвитку патопсихології, адже їхні методи стали міцним підґрунтям для об'єктивної діагностики та аналізу порушень психічних процесів. Розуміння нормативного функціонування сприймання, уваги та мислення, закладене цими вченими, дало змогу ефективно виявляти відхилення та їхні механізми, що є ключовим завданням патопсихології.

Розвиток патопсихології неможливий без глибокого розуміння фізіологічних механізмів, що лежать в основі психічної діяльності. У цьому контексті ключовою постаттю є **Володимир Протопопов (1880–1957)**. Він був одним із засновників української психоневрологічної школи та видатним дослідником вищої нервової діяльності, чії праці стали міцним фундаментом для розуміння патологічних змін у психіці. В. Протопопов заслужено вважається основоположником патофізіологічного підходу в психіатрії. Його основний внесок полягав у застосуванні павловської теорії вищої нервової діяльності для пояснення механізмів психічних розладів. На основі експериментальних досліджень він підтвердив та розвинув ідеї І. П. Павлова, виділивши та описавши гіпноїдний синдром у хворих на

шизофренію. Цей синдром характеризується гіпнотичними фазами, ослабленням нервових процесів та їх інертністю. Протопопов довів, що саме цей синдром є патофізіологічною основою психопатологічної симптоматики, а розлади мислення при шизофренії виникають на тлі цих станів, що поширюються на обидві сигнальні системи. В своїй подальшій науковій діяльності, В. Протопопов розвинув учення, що психічний розлад – це захворювання не лише мозку, а й усього організму. Він провів велику кількість досліджень, щоб з'ясувати взаємозв'язок між соматичними процесами, обміном речовин і церебральними розладами. Цей холістичний підхід, що об'єднує психічні феномени з фізіологічними механізмами, є надзвичайно важливим для сучасної патопсихології, що прагне до комплексного розуміння природи хвороби.

Іншою ключовою фігурою, що розширила межі патопсихології, був **Олександр Богомолець (1881–1946)**, чий дослідження взаємозв'язку між психікою та соматичними процесами стали теоретичною основою для вивчення психосоматичних розладів. Вивчаючи психічні аспекти стресу та резистентності організму, Богомолець заклав основи для розуміння впливу патологічних факторів на психічний стан людини.

Важливим підґрунтям для патопсихології також стали праці представників Харківської психологічної школи, зокрема **Олександра Запорожця (1905–1981)** та **Петра Зінченка (1903–1969)**. Хоча їхні дослідження були зосереджені на загальній психології (розвиток

мислення, пам'яті), вони створили деталізовану картину нормативного розвитку психіки. Без цієї нормативної основи неможливий аналіз і розуміння патологічних відхилень, що є ключовим завданням патопсихології.

В своїх розвідках Олександр Запорожець зосереджувався на механізмах розвитку психічних функцій у патологічних умовах. Його дослідження, що проводилися в Українському психоневрологічному інституті в Харкові, заклали основу для аналізу психічного розвитку дітей з органічними ураженнями нервової системи. Запорожець розробив теорію сенсорного та розумового розвитку дитини, доводячи, що пізнання світу починається з практичної дії, а не з теоретичного розгляду.

В той же час Петро Зінченко розглядав пам'ять з позиції діяльнісного підходу, стверджуючи, що ефективність мимовільного запам'ятовування залежить від місця об'єктів у структурі діяльності. Його праці, зокрема «Мимовільне запам'ятовування», стали важливим внеском у розуміння когнітивних процесів, порушення яких є предметом патопсихології.

Дослідження цих вчених стали своєрідним еталоном для вимірювання та аналізу психічних порушень. Кожен з них, у своїй галузі, зробив неоціненний вклад у формування наукового поля, на якому розквітла сучасна патопсихологія. Вони показали, що психічні порушення — це не просто «хвороби душі», а складні багатofакторні процеси, що

вимагають міждисциплінарного підходу та глибокого розуміння як фізіології, так і психології.

Період ідеологічного контролю (30-ті – 80-ті рр. ХХ ст.) характеризується жорсткими ідеологічними обмеженнями, які гальмували розвиток багатьох напрямків психології. Попри це, українські вчені продовжували закладати методологічну базу для медичної психології, що згодом дало змогу відродити патопсихологічні дослідження.

З кінця ХХ століття відбувається відродження та повернення до природного розвитку психологічної науки. З'являються нові методики та технології, створюються практичні психологічні служби, розвивається напрям патопсихології, інтегруючись з нейропсихологією та іншими суміжними дисциплінами.

Після здобуття Україною незалежності, патопсихологія продовжила свій розвиток, інтегруючи світові досягнення та враховуючи специфіку українського наукового та клінічного середовища. Сучасні українські науковці в області патопсихології активно працюють над адаптацією міжнародних діагностичних критеріїв, розробкою нових методів психологічної діагностики та корекції, а також дослідженням патопсихологічних особливостей різних психічних розладів.

Цей етап розвитку патопсихології характеризується переходом від класифікаційного підходу до інтервенційних, мультимодальних моделей. Сучасна українська патопсихологія – це динамічна,

інтегративна дисципліна, яка синтезує досягнення нейронаук, когнітивної психології та психотерапевтичних шкіл. Це дало змогу сформуванню цілісного уявлення про психічні розлади як складні, динамічні феномени, що потребують комплексної оцінки та підтримки.

**Сергій Максименко (1941-2025)**, академік НАПН України, є одним із найвизначніших діячів сучасного етапу. Він розробив і обґрунтував принципи побудови експериментально-генетичного та генетико-моделюючого методу. Формуючі та діагностичні методи, розроблені С. Максименком, занесено до Європейського банку дослідницьких процедур в галузі лонгітюдних досліджень при Інституті Макса Планка (м. Мюнхен). Як член Міжнародної Ради психологів, С. Максименко був координатором досліджень щодо розробки та використання експериментальних методів у сфері навчання та розвитку особистості. Під керівництвом Максименка була створена наукова школа генетичної психології, що розглядає психіку як систему, яка розвивається. Його численні підручники, зокрема з патопсихології, стали основоположними для підготовки фахівців. Завдяки його працям патопсихологія набула нового змісту, орієнтованого на глибинне розуміння взаємодії психічних і соматичних процесів, формування пацієнтського уявлення про власний стан і вивчення компенсаторних механізмів особистості. Це дозволило поєднати теоретичні концепції з практичною допомогою людям із

психічними розладами, заклавши основу сучасної вітчизняної школи патопсихології.

**Леонід Бурлачук (1947-2022)** вважається піонером сучасної патопсихології в Україні. Він розробив «теорію виміреної індивідуальності», що стала основою клінічної психодіагностичної практики. Його тести, побудовані на ідеях Роршаха, дозволили виділити індивідуальні особливості сприйняття у дітей з епілепсією та шизофренією, що значно розширило інструментарій фахівців.

Сукупність цих наукових здобутків окреслює важливий вектор розвитку сучасної української патопсихології, який полягає у переході від суто діагностичної парадигми до інтегративних, інтервенційних моделей роботи з психічними порушеннями. Дослідження **Олега Лінського** присвячені структурно-функціональним аспектам когнітивних розладів, що дозволило розширити розуміння механізмів дефіциту уваги та пам'яті у пацієнтів із неврологічними та психіатричними діагнозами. **Олена Кузнєцова** внесла значний вклад у розвиток методів психотерапевтичної корекції посттравматичних стресових розладів, поєднавши когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані підходи. **Ірина Савенкова** зосередила увагу на проблемі ранньої діагностики афективних порушень, розробивши валідні скринінгові інструменти, що використовуються у клінічній практиці, тоді як **Ірина Мартинюк** створила ефективні психоосвітні програми для родин пацієнтів із тяжкими психічними розладами, що підвищило рівень

соціальної адаптації та якості життя таких сімей та надрукувала навчальний посібник «Патопсихологія».

Завдяки їхнім науковим напрацюванням сучасна українська патопсихологія набула рис міждисциплінарної науки, що поєднує клінічну психодіагностику, нейропсихологію, психотерапію та соціальну психологію. Така інтеграція сприяє формуванню інноваційних підходів до розуміння патопсихології, розвитку нових моделей психологічної підтримки та підвищенню ефективності психосоціальної реабілітації та корекційної роботи.

Сучасна українська патопсихологія активно застосовує цифрові інструменти та інструментальні методи, такі як функціональна магнітно-резонансна томографія (fMRI) та транскраніальна магнітна стимуляція (TMS), що дозволяє глибше аналізувати патопсихологічні феномени. Цей підхід відкриває нові горизонти для ранньої діагностики, комплексної реабілітації та формування життєстійких моделей розвитку психіки, що відповідає викликам психічного здоров'я ХХІ століття.

### *Запитання для самоперевірки*

1. Дайте визначення патопсихології.
2. Що вивчає патопсихологія?
3. У чому полягає завдання патопсихології?
4. З якими науками пов'язана патопсихологія?
5. Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.
6. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.

7. Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого?

8. Чому в патопсихологічному дослідженні використовують певну кількість методик?

9. Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології?

10. Який внесок Івана Сікорського та Павла Ковалевського в становлення української патопсихології та чим відрізнялися їхні наукові підходи?

11. У чому полягає значення патофізіологічного підходу Володимира Протопопова для сучасного розуміння механізмів психічних розладів?

12. Яким чином дослідження Ланге та Костюка, які стосуються нормативного функціонування психіки, стали важливим підґрунтям для патопсихології?

13. Опишіть основні фази сприймання, виявлені Ланге, та їхнє філогенетичне значення.

14. Який внесок зробив Костюк у розуміння переходу від простих перцептивних завдань до складніших пізнавальних процесів?

15. Як змінилися методологічні орієнтири української патопсихології після здобуття незалежності та які вчені відіграли ключову роль у цьому процесі?

## **ТЕМА 1.2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ**

### **ПЛАН**

1. Специфіка використання психологічних методів у патопсихології.
2. Методи якісного та кількісного аналізу патопсихологічних проявів.
3. Принципи побудови патопсихологічного дослідження.
4. Патопсихологічний висновок.

### **Специфіка використання психологічних методів в патопсихології**

Основна форма діяльності патопсихолога - експериментально-психологічне вивчення хворих, здійснюваний ним за допомогою психологічних методик.

Всі методики умовно можна розділити на нестандартизовані і стандартизовані. Основними для патопсихолога є нестандартизовані методи дослідження - експериментально-психологічні методики. Ці методики спрямовані на виявлення певних видів порушень психічних процесів і підбираються індивідуально для кожного хворого залежно від завдань, поставлених перед психологом. Стандартизовані методики (тести, опитувальники) мають шкалу нормативних оцінок і дозволяють оцінювати стан певних характеристик психічної діяльності в порівнянні з нормою. Стандартизовані

методики при патопсихологічному обстеженні використовуються в якості додаткових.

Обстеженню хворого передує спеціальна підготовка. Необхідно заздалегідь підготувати приміщення, апаратуру, стомлений матеріал, опитувальники, бланки відповідей та ін., виключити можливість переривання обстеження, якщо воно не передбачене інструкцією. Приміщення повинно бути світлим, ізольованим від шуму і всього, що відволікає увагу.

До зустрічі з хворим патопсихолог вивчає історію його хвороби, знайомиться з анамнестичними даними, з особливостями виникнення і перебігу захворювання, з результатами інших лабораторних досліджень, психічним статусом хворого. Необхідно пам'ятати, що в процесі знайомства з історією хвороби у психолога іноді мимоволі формується певна установка по відношенню до хворого, що може стати причиною неправильного вибору стратегії обстеження, а також відбитися на заключенні.

Вивчаючи історію хвороби, психолог проводить психолого-біографічний аналіз (Б. Зейгарник), що дозволяє експериментатору уточнити поставлену задачу і намітити попередній план обстеження.

Для проведення обстеження вибираються методи, що відповідають тій меті, з якою проводиться обстеження, і відповідні для випробуваного. Психологу слід ознайомитися з літературою за обраною методикою, оцінити такі її параметри, як надійність, валідність.

Щоб обстеження хворого пройшло успішно, необхідно врахувати ті умови, які можуть вплинути на виконання завдань (наприклад, навколишнє оточення, приміщення, наявність шуму, «збиваючих факторів» ін.). У проведенні обстеження дуже важливу роль відіграє стан хворого. Перед початком експерименту слід з'ясувати, які психотропні препарати приймає хворий, переконатися у відсутності соматичних захворювань, астенизація, викликана безсонням, голодом, фізичною перевтомою або іншими ослаблюючими факторами. Якщо все-таки такі мають місце, потрібно зрозуміти, чи настільки вони гострі і інтенсивні, щоб привести до значного спотворення результатів. В такому випадку слід тимчасово відмовитися від проведення обстеження. Легкі несприятливі умови не перешкоджають проведенню експерименту, але обов'язково враховуються психологом і отримують якісну і кількісну оцінку в ув'язненні.

Дослідженню за допомогою методик передуює бесіда з хворим, в ході якої складається перша думка про його психічний стан, відсутність або наявність усвідомлення хвороби, ставлення до стаціонару і патопсихологічного обстеження. При обстеженні важкодоступних (наприклад, збуджених, мутичних, дементних, маячних та ін.) хворих слід визначити орієнтування в часі, місці і власної особистості з тим, щоб правильно підібрати і використовувати експериментальні прийоми. Бесіда також ставить за мету встановлення з хворим контакту, від якого залежить подальший хід обстеження.

З усіх відомих методик патопсихолог вибирає 8-10 (або більшу кількість, якщо цього вимагають обставини), які допоможуть найповніше розкрити мету обстеження і відповісти на поставлені лікарем питання. При виборі методик необхідно враховувати вік, освіту хворого, його культурний рівень, ерудицію, коло інтересів, потреби і життєвий досвід. Варіанти методик, порядок їх пред'явлення, повнота обстеження можуть і повинні змінюватись в залежності від цілей, завдань і індивідуальності хворого.

Виконання завдань по кожній методиці передуює інструкція. Від інструкції залежить те, наскільки хворий зрозуміє і виконає завдання. Тому інструкція повинна бути лаконічною і зрозумілою, пред'являтися чітко, за встановленою формою. Недбала, погано сформульована інструкція може бути причиною неправильного її розуміння і в кінцевому рахунку - спотворення результатів. При необхідності на початку роботи інструкцію можна пояснити одним-двома прикладами. Коли в ході діяльності хворого виявляється потреба в допомозі, слід визначити, наскільки ефективною вона виявляється, приймається чи випробуваням або відкидається. Всі ці спостереження дуже важливі для аналізу результатів і складання висновку. Експериментально-психологічне дослідження може бути також направлено на вирішення певних теоретичних завдань, які, проте, мають велике значення для клінічної практики. В цьому випадку психолог виділяє і ставить в центр своєї уваги один будь-який процес або якість і цілеспрямовано вивчає його у всій

повноті і обсязі в спеціально створених умовах та за допомогою відповідних методів.

Ретельне протоколювання обстеження - невід'ємна умова проведення експерименту. Протокол починається з заповнення титульного аркуша, який включає в себе паспортні дані, сімейний стан хворого, дату і мету обстеження, попередній діагноз, що пред'являються скарги, найбільш значущі відомості з історії хвороби. Крім цих відомостей на титульному аркуші позначають відділення, кількість прийомів і методики, за допомогою яких обстежувався хворий. Тут же можна робити записи про поведінку хворого і його ставлення до дослідження. Записи ведуться так, щоб хворий не міг їх побачити і прочитати.

Потрібно реєструвати хід виконання кожної методики. Будь-які нестандартні умови обстеження, якими б несуттєвими вони не здавалися, неформальні спостереження за поведінкою хворого, його висловлювання підлягають ретельній реєстрації. Якщо експериментатор відступає від стандартної процедури тесту або кілька видозмінює інструкцію, щоб отримати додаткові дані, він повинен зафіксувати це в протоколі.

Протоколи проведених в лабораторії досліджень обов'язково зберігаються. Це диктується необхідністю мати у своєму розпорядженні матеріалами попередніх досліджень при повторному надходженні хворого, а також є одним з умов наукової розробки накопичених даних. Тому чіткість і зрозумілість протоколів - необхідна умова роботи. Вони повинні вестися так, щоб будь-який зацікавлена людина (лікар або психолог) міг

скористатися зареєстрованими в них даними. Протоколи краще зберігати в окремих папках в хронологічному порядку. Реєстраційні журнали та протоколи складають архів патопсихологічного кабінету або лабораторії.

Під час роботи з хворими психолог зобов'язаний дотримуватися деонтологічних правил (деонтологія - наука про лікарський борг, який розглядається в якості однієї з проблем взаємовідношення лікаря і хворого). Основним деонтологічним принципом таких взаємини є принцип гуманного, чуйного ставлення до хворої людини, що виключає будь-які дії і слова, що травмують хворого, що завдають шкоди його станом і самопочуттю. Чуйне, уважне ставлення до пацієнта - необхідна вимога до всіх, хто працює з хворими людьми. При роботі з психічно хворими пацієнтами ця вимога передбачає насамперед позбавлення від поширеного обивательського ставлення до таких людей. Основу такого ставлення до душевнохворих складають уявлення про них як про людей, які втратили людську подобу, здатних на дивні, «дурні» вчинки, які диктуються іншою логікою, ніж поведінка здорової людини. Такі уявлення не просто примітивні, вони жорстокі по відношенню до психічно хворого, не кажучи вже про те, що мають мало спільного з поглядами, що склалися в науковій психіатрії. Останні повинні служити основою в роботі психолога з психічно хворими.

Незалежно від того, в якому стані знаходиться хворий, психолог незмінно повинен бути трохи до нього

і зацікавлений в його долі. Спокійний тон мови, свобода і природність у спілкуванні з хворим, повагу до нього, що виключає як снобістський «погляд зверху», так і підлещується чутливість, - якості психолога, необхідні для успішної роботи з хворим.

Поряд з обов'язковими вимогами до характеру спілкування психолог повинен дотримуватися деяких правил, які склалися в психіатрії -правила роботи з хворими. Починаючи роботу з хворим, психолог зобов'язаний ознайомитися з історією хвороби, яка допоможе йому:

- зорієнтуватися в психічному стані хворого (наприклад, знати, чи схильний хворий до суїциду або дисимуляції свого стану);
- уникнути помилок у виборі тактики дослідження;
- не допустити травмуючих хворого питань або зауважень.

Під час обстеження бажано створити природну, невимушену і довірливу обстановку. Взаєморозуміння - дуже важливий момент при проведенні обстеження. Воно допомагає викликати у випробуваного інтерес до тесту, встановити контакт, забезпечити точне та сумлінне виконання інструкції. Терплячість, делікатність і доброзичливість повинні бути основними якостями патопсихолога.

Через хворобливий стан в деяких випадках хворий може інтерпретувати ситуацію експерименту як образливу для нього, іншими словами, оцінювати її неправильно з точки зору наявних у нього хворобливих ідей.

У цих випадках експериментатору-психологу необхідно м'яко і тактовно заспокоїти хворого. Крім того, в ході експериментальної роботи психолога доводиться давати позитивну або негативну оцінку досягненням хворого для актуалізації у нього певного особистісного ставлення до дослідження. Іноді ситуація дослідження може вимагати переважно негативної оцінки результатів роботи хворого. У цих випадках незалежно від загального ходу експерименту в кінці дослідження, перед виходом, слід заспокоїти хворого, в міру похвалити його, з тим щоб зняти загальне негативне враження від дослідження. Хворий повинен покинути кабінет заспокоєний і підбадьорений.

### **Методи якісного та кількісного аналізу патопсихологічних проявів**

Патопсихологічне обстеження з використанням нестандартизованих експериментально-психологічних методик є основним видом діяльності патопсихолога. Але в деяких випадках в залежності від завдань дослідження для розширення отриманих даних використовуються і інші методи аналізу психіки: інтерв'ювання, анкетування, стандартні тести, особистісні опитувальники, проектні методики.

Наприклад, при вирішенні завдань судової і військової експертизи в обстеження бажано включити тести інтелекту для об'єктивізації даних, отриманих за допомогою експериментально-психологічних методик, а також методики обстеження особистості для більш поглибленого вивчення системи особистісних відносин.

Велику допомогу при вирішенні завдань реабілітації осіб, які втратили працездатність, та при розробці системи психокорекційних заходів можуть надати дані обстеження за допомогою особистісних опитувальників та проєктивних методів.

На відміну від експериментально-психологічних методик стандартні тести і багато особистісні опитувальники існують в комп'ютерних варіантах, що полегшує працю психолога при обробці даних.

Тому на сучасному етапі продуктивного поєднання експериментально-психологічних і стандартизованих методик в рамках одного обстеження. Питома вага тих чи інших залежить від завдань дослідження і деяких інших чинників.

### **Принципи побудови патопсихологічного дослідження**

Патопсихологічне дослідження включає в себе ряд компонентів: аналіз історії хвороби, бесіду з хворим, спостереження, обстеження пацієнта за допомогою різних методик, зіставлення експериментальних даних з анамнестичними відомостями, інтерпретацію результатів.

Отже, основними принципами побудови патопсихологічного дослідження є:

- ✓ системний якісний аналіз порушень психічної діяльності;
- ✓ апеляція до особистості хворого, актуалізація його особистісних відносин;

- ✓ виявлення не тільки порушених, але і функцій, які залишилися збереженими, для опори на них в психокорекційної роботі.

Патопсихологічний експеримент повинен бути спрямований не на вимір окремих психічних процесів, а на людину, що здійснює реальну діяльність (Sternberg, RJ (2018), на якісний аналіз різних форм розпаду психіки, механізмів порушень діяльності та можливостей її відновлення. Наприклад, зниження розумової працездатності може виявлятися і у дітей з ознаками раннього органічного ураження мозку, і у хворих на шизофренію і епілепсію, і при судинних захворюваннях. Таким чином, кожен патопсихологічний симптом може бути оцінений тільки в комплексі з результатами цілісного психологічного дослідження і в зіставленні з клінічними даними.

Психологічне явище, за думкою В. М'ясищева, можна зрозуміти лише на основі урахування мотивів, цілей, ставлення людини до самої себе, до результату своєї діяльності. Система відносин людини пов'язана зі структурою його особистості, потребами, емоційними і вольовими особливостями. Аналізуючи особистість, ми, перш за все, характеризуємо коло інтересів людини, зміст і мотиви його вчинків. Про патологічну зміну особистості можна говорити, якщо під впливом хвороби змінюється ставлення людини до себе і оточуючих, відсутня адекватна оцінка своїх можливостей, дії позбавляються цілеспрямованості.

Успішність відновлення порушених складних психічних функцій залежить від того, за словами Lezak

et al., (2019), наскільки відновлювальна робота спирається на збережену ланку психічної діяльності. Відновлення порушеної психічної діяльності має йти по типу перебудови функціональних систем.

Вибір адекватних способів допомоги залишається одним з найважчих розділів експериментальної роботи, що вимагають досвіду і кваліфікації. Загальні правила, якими при цьому слід керуватися, полягають в наступному:

- ✓ спочатку слід перевірити, чи не опиняться ефективними легші види допомоги, і лише потім перейти до демонстрації і навчання;
- ✓ експериментатору не слід бути надмірно активним і багатослівним; його втручання в хід експерименту має бути ретельно обдумане;
- ✓ кожен акт допомоги, так само як відповідні дії хворого, повинен бути внесений до протоколу.

У деяких випадках буває необхідно звернути увагу хворого на його неадекватно завищену самооцінку, переоцінку результатів діяльності. Це можна зробити за допомогою навідних запитань, тактовного зауваження, іноді за допомогою міміки або жесту.

Поведінка експериментатора залежить від конкретної ситуації, поведінки випробуваного, завдання дослідження.

Патопсихолог повинен бути уважним, терплячим і тактовним, який вміє підбадьорювати, стимулювати віру хворого в свої можливості, в успіх лікування, а при необхідності створити для нього умови, що щадять, поступово ускладнюючи завдання.

## **Патопсихологічний висновок**

Подібно до того, як не може бути стандартного набору методик, так неможливо і стандартна побудова ув'язнення. Кожний висновок пишеться з урахуванням поставлених перед психологом завдань і не може розглядатися поза клінічного запиту.

На початку висновку відзначаються скарги хворого на стан пам'яті, уваги, ослаблення розумової працездатності. Далі йде опис того, як працював хворий в ситуації психологічного дослідження: чи розумів його зміст, старанно чи неохоче виконував завдання, чи виявляв інтерес до успіху своєї роботи, чи міг критично оцінити якість власних досягнень.

Всі ці дані можуть бути описані докладно або коротко; в будь-якому випадку вони складають важливу частину висновку, дозволяють судити про особистості хворого. Цю частину висновку можна доповнити матеріалами спеціально організованою бесіди з хворим.

Наступна частина висновку повинна містити відомості про характер пізнавальної діяльності хворого. Бажано при цьому починати детальну характеристику з опису основного порушення, яке виявлено у хворого під час дослідження. Потрібно також відзначити, в комплексі яких порушень виступає це провідне порушення, тобто описати психологічний синдром порушень психічної діяльності. У цій же частині заключення відображається зберігання з боку психічної діяльності хворого. Останнє необхідно для організації психокорекційної роботи, вирішення питань працевлаштування хворого, а також для рекомендацій

родичам щодо хворого. При характеристиці пізнавальної діяльності хворого може виникнути необхідність проілюструвати окремі положення виписками з протоколу дослідження. Такі приклади потрібні, але вони повинні бути викладені стисло; слід приводити лише найяскравіші фрагменти протоколу, що не викликають сумнівів у кваліфікації порушень.

В кінці заключення дається резюме, що відбиває найбільш важливі дані, отримані при дослідженні. Ці дані повинні виражати структуру основного психологічного синдрому, виявленого при дослідженні. Резюме може містити дані про діагноз захворювання, але опосередковано, через опис структури порушень, виявлених в експерименті.

Наведемо приклад висновку.

*Хворий Т., 16 років, учень 9-го класу, направлений до лікарні для проходження експертизи. Диференціальний діагноз: залишкові явища органічного ураження ЦНС з епісиндромом або шизофренія.*

*Висновок за даними експериментально-психологічного дослідження. Хворий скарж не пред'являє. У бесіді млявий, формальний. Виконує запропоновані завдання без належного інтересу, який не виявляє емоційної реакції на успіх і неуспіх у роботі.*

Висновок пишеться в двох примірниках, один з яких включається психологом в історію хвороби, а інший підшивається до протоколу обстеження і залишається в архіві. Останнє необхідно для того, щоб при повторних надходженнях хворого в стаціонар або необхідності наукового узагальнення і обробки даних як у психолога,

так і у лікаря була реальна можливість проаналізувати отримані раніше психологічні дані.

Результати обстеження можуть не обговорюватися з випробуваним, але якщо хворий проявляє інтерес до даних обстеження, то, дотримуючись етичних та деонтологічних принципів, йому можна їх повідомити. Не слід забувати, що сприяння саморозуміння може бути важливою метою обстеження і стати складовою частиною деяких видів психотерапії.

У разі необхідності до висновку додається протокол. Конкретні дані (відповіді хворого, результати субтестів і т.д.) зазвичай наводяться тільки для ілюстрації або пояснення підходу до інтерпретації. Висновок складається після ретельного обмірковування за задалегідь складеним планом. Якщо дані, викладені у висновках, містять протиріччя, психолог зобов'язаний звернути на них увагу лікаря і по можливості пояснити їх. При складанні висновку не слід забувати, що патопсихолог формує клінічний діагноз, і описує випробуваного в термінах психологічної науки. Ув'язнення не констатує психічний статус хворого, а виділяє властиві обстежуваному патопсихологічні синдроми. Для лікаря висновок є цінним допоміжним матеріалом, що допомагає поглибленому клінічному аналізу і суттєво доповнює опис хворого відомостями, які не можна отримати без психологічного експерименту.

# ТЕМА 1.3. МЕТОДИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

## ПЛАН

1. Спостереження.
2. Експеримент.
3. Методи опитування: бесіда (інтерв'ю), анкетування.
4. Тестування: стандартизовані тести, особистісні опитувальники.
5. Проективні методики.

### Спостереження

*Спостереження* – один з основних методів патопсихології. Для того щоб спостереження можна було вважати науковим методом, воно повинно відповідати ряду вимог. Спостереження повинно бути планомірним, систематичним, цілеспрямованим і точним, не тільки повністю описувати досліджуване явище, а й пояснювати його.

Що стосується спостереження за людьми з будь-якими аномаліями – тут проявляються деякі труднощі, зумовлені особливостями дефектів. Так, наприклад, певна стриманість, недовіра, бідна міміка, підкреслена дисциплінованість осіб з порушеннями зору викликає проблеми при спостереженні за ними. Крім того, їх мова, міміка і пантоміма, які часто неадекватно відображають їх душевний стан, можуть привести до помилкового пояснення їх почуттів, хвилювання та ін.. З іншого боку, багата і відкрита, можна навіть сказати

перебільшена міміка і жестикуляція глухих представляє як ніби більше можливостей для спостереження, але в той же час їх мнемічно завчена, емоційно невиразна мова не дає спостерігачеві практично ніякої інформації про їхні почуття і переживання. Замкнутість, незграбність рухів осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, властива їм переоцінка або недооцінка власної особистості приховує їх власне «Я», ускладнює пізнання їх особистості. Люди з вадами мови реагують на спостереження дуже чутливо. При спостереженні недоліки їх мови, як правило, зростають, що ускладнює об'єктивне спостереження. Спостереження за розумово відсталими є найбільш об'єктивним у порівнянні з наглядом за іншими категоріями аномальних осіб. Якщо навіть вони іноді намагаються показати себе іншими, ніж вони є насправді, це легко можна побачити. Загалом, вони відкрито виявляють для спостереження як свої почуття, так і недоліки своєї душевної діяльності.

Однією з форм спостереження є самоспостереження (інтроспекція). При використанні цього методу необхідно враховувати, що особи з аномаліями в силу особливостей їх дефекту менш схильні до об'єктивного самоспостереження, ніж здорові. Наприклад, у аномальних дітей і підлітків, які втратили зір в ранньому віці, не можна припускати наявність адекватних знань про візуальних характеристиках предметів і явищ навколишнього світу; у глухих в їх висловлюваннях під час самоспостереження, природно, виявляються недоліки мови; розумово відсталі нездатні

до точних спостережень і міркувань. У дітей і підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату не має адекватної орієнтація в просторі, що також може проявлятися у вигляді відхилень при самоспостереженні. У юних пацієнтів важкими порушеннями мови в процесі висловлювань про результати самоспостереження може значно посилитися їх недолік, що ускладнює самоспостереження.

### **Експеримент**

*Експеримент.* На думку С.Д. Максименко, експеримент є основним методом патопсихологічних досліджень. В рамках експерименту відбувається вивчення порушених психічних процесів і особистості в спеціально створених умовах, що забезпечують максимальний прояв порушень. Патопсихологічний експеримент здійснюється з допомогою конкретних прийомів вивчення психічних функцій - експериментально-психологічних методик.

При організації патопсихологічного експерименту необхідно дотримуватися кількох правил:

- експеримент повинен моделювати психічну діяльність, здійснювану людиною у праці, навчанні, спілкуванні;
- в експерименті необхідно виявити структуру не тільки порушених, але і залишилися збереженими форм психічної діяльності;
- побудова експериментальних прийомів має враховувати можливість пошуку рішень самим

хворим, а також дозволяти патопсихологу втручатися в діяльність хворого для з'ясування того, як хворий сприймає допомогу експериментатора і може нею скористатися;

- експериментально-психологічні прийоми слід направити на розкриття якісної характеристики психічний порушень;

- результати експериментально-психологічного дослідження потрібно точно і об'єктивно фіксувати.

Патопсихологічний експеримент повинен будуватися так, щоб актуалізувати не тільки розумову діяльність хворого, але і його особистісне ставлення до експерименту. При проведенні обстеження необхідно враховувати ставлення хворого до роботи, його мотиви і цілі, ставлення до самого себе, до результату роботи, зацікавленість та ін., так як судження, дії, вчинки не є безпосередньою реакцією на зовнішні подразники, а опосередковані його установками, мотивами, потребами, тобто, внутрішніми умовами. Для патопсихолога важливо не тільки те, наскільки важким і великим за обсягом було завдання і як хворий його виконав, але і те, як він його осмислив, ніж були обумовлені помилки і труднощі. Не тільки кількість помилок і труднощі в процесі виконання методик, але головним чином структура і їх аналіз дають найбільш цікавий і показовий матеріал для оцінки тих чи інших особливостей і порушень психічної діяльності хворих.

Точність і об'єктивність результатів, отриманих в процесі експериментально-психологічного

дослідження, забезпечуються ретельної реєстрацією даних і перевіркою їх в повторних дослідах, а також при дослідженні іншими методами. Для патопсихологічного обстеження характерне застосування великої кількості найрізноманітніших методичних прийомів, так як тільки зіставлення результатів різних методів дозволяє досить об'єктивно судити про характер, глибини, як і динаміці порушень психіки хворого.

Патопсихологічне обстеження завжди є і науковим дослідженням, так як, по-перше, воно являє собою процес пізнання, по-друге, побудовано на строго наукових принципах, і по-третє, результати обстеження виявляють факти, з яких випливають формулювання загальнопсихологічних законів, закономірностей і механізмів.

Особливий варіант патопсихологічного експерименту спрямований на отримання даних, які можна використовувати для впливу на особистість хворого. У цьому випадку завдання патопсихолога - показати хворому шляхи можливої компенсації наявних у нього порушень психічної діяльності і зменшення їх у міру проведеного лікування. В даному випадку патопсихолог працює в тісному контакті з лікуючим лікарем і психотерапевтом, погоджуючи з ними свої дії, а також бере активну участь в розробці та обґрунтуванні реабілітаційних і психопрофілактичних програм.

Побудова експериментально-психологічного обстеження в клініці відрізняється різноманіттям, великою кількістю застосовуваних методик. Це необхідно, тому що процес розпаду психіки проходить

неоднослойно, практично не буває, щоб у хворого був порушений тільки один психічний процес. Різноманітність застосовуваних методик дозволяє виявити різноманіття порушень і зрозуміти їх співвідношення. Крім того, оскільки в експерименті з хворим хід досвіду може змінюватися, при інтерпретації результатів обов'язково зіставлення даних, отриманих різними методиками.

Програма дослідження хворого в клініці не може бути стандартною, так як вона залежить від клінічної задачі і особливостей хворого. Наприклад, при диференціальній діагностики шизофренії від подібних станів основна увага звертається на вивчення розладів мислення. Для обстеження при цьому вибираються методики «Класифікація предметів», «Піктограма» та ін. При вивченні хворого з наслідками черепно-мозкової травми особливу увагу слід приділити розумової працездатності, пам'яті, виявлення порушень праксису, листи, рахунки, тому вибір методик буде іншим.

Особливо уважно треба поставитися до підбору методик для патопсихологічного обстеження дитини. У цьому випадку вибір визначається віком дитини, рівнем його інтелектуального розвитку, наявністю або відсутністю мовних, рухових або сенсорних порушень.

Основними експериментально-психологічними методиками вважаються «Кубики Кооса», «Виключення предметів», «Послідовність подій», «Опосередковане запам'ятовування», «Піктограма» та ін. Багато методик мають модифікації для різних

вікових груп, деякі з них адаптовані для осіб з порушеннями аналізаторів.

Слід враховувати, що за допомогою кожної з експериментальних методик може бути отриманий матеріал, що дозволяє судити про різні особливості психіки. Наприклад, за допомогою «Піктограми» можна досліджувати пам'ять, абстрактне мислення, особистісні особливості. Методик, спрямованих на вивчення тільки одного процесу, мало. Це дуже важливо враховувати при підборі завдань для обстеження конкретного хворого.

Патопсихолог зобов'язаний володіти всіма експериментально-психологічними методиками, так як саме вони є основними прийомами вивчення порушеною психічної діяльності.

### **Методи опитування: бесіда (інтерв'ю), анкетування**

**Бесіда (інтерв'ю).** Бесіда-метод збору фактів про психічні явища в процесі особистісного спілкування. Інтерв'ю – різновид бесіди, що характеризується чіткою метою та планом, передбачає прямий контакт з респондентом (опитуваним).

Використання методу бесіди у роботі з аномальними особами робить ще більш очевидною необхідність встановлення відносин довіри між психологом і співрозмовником аномальним людиною. Без такої взаємної довіри цей метод застосовувати не можна. При бесіді з аномальними людьми виникає ряд проблем, пов'язаних зі специфічними особливостями їх дефектів. Так, недосвідченій людині дуже складно вести бесіду зі

сліпим. Тут дуже легко допустити нетактовність, наприклад, при описі будь-якого предмета психолог може сказати: «як ви бачите ..» та ін. Ще більш складним є проведення інтерв'ю з глухим чи приглухуватості людиною. Значний досвід потрібно психолога і при розмові з дітьми з вадами мовлення. Тому інтерв'ю з аномальними дітьми і підлітками вимагає ґрунтовної підготовки, в тому числі ясного усвідомлення психологом особливостей аномальних людей.

Зазвичай бесіда з хворим складається з двох частин.

Перша частина спілкування психолога і випробуваного здійснюється поза експериментом, тобто до і після експериментальної роботи. Ця бесіда залежить від поставленої перед психологом завдання, від відомостей, отриманих з історії хвороби, від стану хворого. У бесіді психолог повинен уникати обговорення з хворим його хворобливих переживань, у всякому разі, не робити цього за власною ініціативою. Звичайно, якщо хворий сам заговорить на такі теми, психолога слід його вислухати, запротоколювати його висловлювання і постаратися тактовно перевести розмову на вирішення завдань експерименту.

У своїй бесіді психолог повинен враховувати ставлення хворого до ситуації експерименту, до експериментатору. В правильно проведеній бесіді завжди присутні елементи психотерапевтичного впливу. У деяких випадках бесіда може бути спрямована на зміну установок і відносин хворого, тобто мати корекційний характер.

Друга частина розмови відбувається безпосередньо під час експерименту, патопсихолог при цьому зазвичай надає хворому допомогу у виконанні експериментальних завдань.

Катерина Шкарлатюк описує різноманітні види такої допомоги:

- просте перепитування, тобто прохання повторити те чи інше слово, оскільки це привертає увагу до сказаного або до зробленого;
- схвалення або стимуляція подальших дій, наприклад «добре», «далі»;
- питання про те, чому випробовуваний зробив ту чи іншу дію (такі питання допомагають йому уточнити власні думки);
- навідні запитання або критичні заперечення експериментатора; підказка, порада діяти тим чи іншим способом;
- демонстрація дії і прохання самостійно повторити цю дію;
- навчання тому, як треба виконувати завдання.

Всі реакції хворого на допомогу, похвалу, критику, на невербальні форми спілкування (міміка, жести) повинні бути відображені в протоколі. Отримані дані необхідно зіставляти з результатами експерименту, даними історії хвороби, результатами спостереження.

**Первинне патопсихологічне інтерв'ю та структурне інтерв'ю за О. Кернбергом.** О. Кернберг відомий психоаналітик, що розробив новий підхід до діагностики та терапії пацієнтів із межовими особистісними розладами. Патопсихологічне інтерв'ю,

що містить елементи структурного, спрямоване на діагностику психічного статусу хворого на момент обстеження, його домінуючого емоційного стану, мотиваційної спрямованості та особливостей особистості, передбачає такі етапи:

1. Попросити пацієнта коротко розповісти про причини, які змусили звернутися за допомогою, головні проблеми і труднощі, які переживає пацієнт і як він сам до цього ставиться. Завершувати перший блок можна запитанням, що спрямоване на визначення здатності до тестування реальності: «Чи відчуваєте Ви самі, що повністю відповіли на моє запитання?»;

2. Наступний крок – це дослідження Я-образу, цілісності Я-концепції пацієнта: «Ви розповіли мені про свої проблеми, а тепер я б хотів дізнатися, яка Ви людина? Опишіть, як Ви себе уявляєте, що мені справді важливо знати про Вас, щоб зрозуміти, яка Ви людина? Як Вас сприймають інші?»;

3. Для осягнення ситуації хворого, діагностики характеру міжособистісної взаємодії та особливостей встановлення контакту з психологом, можна попросити розповісти пацієнта про осіб, що багато значать для нього: «Розкажіть про них так, щоб я міг їх собі уявити за цей короткий час»;

4. «Що я мав запитати Вас, але не запитав, і що є дуже важливим для Вас?» — таким запитанням можна завершувати первинне інтерв'ю.

Зазначимо, що первинне інтерв'ю під час патопсихологічного обстеження триває зазвичай довше,

ніж годину, що зумовлено специфікою стану самих хворих та особливостями перебування в стаціонарі.

Проте, у деяких випадках (при астено-депресивному синдромі, наприклад) тривалість патопсихологічного дослідження може зменшуватись, що так само є діагностичним показником та може бути використане для перевірки діагностичних гіпотез у процесі диференційної діагностики.

**Анкетування.** Цей метод не рекомендується використовувати в роботі з аномальними дітьми молодше молодшого шкільного віку, причому застосування методу анкетування навіть в більш старшому віці викликає проблеми, пов'язані з читанням і письмом.

Найбільшого поширення в патопсихології отримали *опитувальники-анкети*. Вони припускають можливість отримання інформації про обстежуваного, яка не відбиває безпосередньо його особистісні особливості. Такими можуть бути біографічні опитувальники, в ряді випадків - опитувальники інтересів і опитувальники установок (в залежності від того, наскільки співвідносяться виявляються інтереси і установки з власне особистісними психологічними характеристиками: наприклад, опитувальник, що виявляє ставлення до певної соціальної групи, відноситься до опитувальника-анкетами).

При використанні методу анкетування слід враховувати наступні моменти:

- ✓ для сліпих анкету необхідно переписати шрифтом Брайля;

- ✓ у глухих виникають проблеми усвідомлення змісту питань; це призводить до того, що вони виявляються здатні відповідати на питання анкети лише на вищому ступені оволодіння мовою;
- ✓ труднощі в листі часто виникають у осіб з порушеннями опорно-рухового апарату;
- ✓ разом з тим цей метод надає значні переваги при роботі з дітьми з вадами мовлення типу звуковимови;
- ✓ необхідно дотримуватися коректного по відношенню до хворого поведінки: наприклад, не можна питати сліпого про візуальних якостях, глухим потрібно пояснити всі абстрактні поняття, використані в анкеті, та ін.;
- ✓ формулюючи питання анкети, потрібно строго дотримуватися всі відомі принципи побудови анкет, причому необхідно переконатися в адекватності розуміння ними поставлених питань;
- ✓ оцінювати реальне значення понять, які використовуються в анкеті, для аномальних осіб; передбачити можливі відмінності цих понять, обумовлені видом дефекту;
- ✓ лише у вкрай рідкісних випадках можна пропонувати аномальним особам анкети без відповідної модифікації і подальшого пояснення.

### **Тестування: стандартизовані тести, особистісні опитувальники.**

*Тестування. Стандартні тести.* Тести являють стандартні набори завдань і матеріалів, з якими працює випробуваний.

Стандартною є і процедура пред'явлення завдань: вони даються в певній послідовності, час виконання і оцінка результатів регламентовані.

У зв'язку з тестування необхідно зупинитися на двох поняттях – надійність і валідність, – що відносяться до психодіагностичних методик.

Надійність тесту – це незалежність його результатів від дії всіляких випадкових факторів (таких, як умови тестування, особистості експериментатора і випробуваного, наявність попереднього досвіду тестування та ін.).

Валідність - це відповідність тесту вимірюваному психічному властивості або процесу.

В якості психодіагностичних методів у психології широко використовуються психологічні тести та опитувальники, які мають низку переваг. У патопсихології застосування психологічних тестів при вивченні аномальних дітей і підлітків породжує значні проблеми: перш за все, необхідно констатувати, що існує лише невелика кількість психологічних тестів, розроблених для дітей з аномаліями. Таким чином, психологи змушені використовувати тести, розроблені для нормальної популяції, в силу чого виникає необхідність певним чином їх адаптувати. І на цьому етапі виникають проблеми. Наприклад, деякі психологічні тести при роботі зі сліпими слід переписати шрифтом Брайля. Однак швидкість читання

шрифту Брайля менше, ніж швидкість читання звичайного шрифту. Тому стає необхідно збільшити час для вирішення окремих завдань в тесті. Відомо, що швидкість читання шрифту Брайля приблизно в три рази повільніше, ніж швидкість читання звичайного шрифту. Здавалося б, що досить збільшити в три рази час, що відводиться на рішення тесту, і все буде в порядку, але виявляється, що проблема вирішується не так просто. Індивідуальні відмінності в швидкості читання шрифту Брайля значно більше, ніж в швидкості читання звичайного шрифту, причому деякі сліпі читають майже так само швидко, як середній читач звичайний шрифт. Такі сліпі отримують переваги в разі збільшення часу виконання в три рази. Навпаки, деякі сліпі читають шрифт Брайля в п'ять разів повільніше, ніж середній зрячий читач звичайний шрифт, - їх положення виявиться вельми невігідним.

К. Шкарлатюк рекомендує використовувати при діагностиці аномальних осіб ряд принципів:

- ✓ перш за все, психолог повинен познайомитися з основними характеристиками даного виду аномалії, з можливостями і обмеженнями, що впливають з даного дефекту, і в першу чергу – з особливостями комунікації аномальних осіб з даним дефектом;
- ✓ порівняння результатів тестів, виконаних аномальними особами, з нормами, розробленими для нормальних особами, потрібно здійснювати з великою обережністю;
- ✓ тести, розроблені для нормальної популяції, слід адаптувати для роботи з аномальними людьми з

конкретним видом порушення або дефекту; наприклад, для людей з вадами зору недостатньо просто збільшити розмір малюнків або шрифту в тестових завданнях, необхідно також адекватно змінити деякі завдання; глухим людям перед використанням вербальних тестів потрібно ґрунтовно пояснити значення всіх використаних абстрактних понять та ін. Внесення відповідних поправок, наприклад збільшення часу рішення окремих завдань в тесті, вимагає значного досвіду роботи з категорією аномальних людей;

✓ тестування аномальних дітей і підлітків принципово слід проводити тільки індивідуально, причому виняткову увагу необхідно приділяти пробним завданням, з тим, щоб повністю переконатися, що обстежувані зрозуміли, що від них вимагається;

✓ при тестуванні аномальних осіб, особливо розумово відсталих, необхідно забезпечити відповідну мотивацію, оскільки слабкі низькі результати часто викликані відсутністю інтересу, незацікавленістю дитини у виконанні тестового завдання;

✓ при вивченні аномальних осіб психодіагностичне тестування слід використовувати не як основний, а як допоміжний метод, який завжди лише доповнює інші методи, головним чином, довготривале спостереження, інтерв'ю, експерименту і т.д.

У клінічній практиці при обстеженні і дітей, і дорослих широке поширення отримав тест Векслера, що дозволяє оцінювати інтелект людини за допомогою кількісного показника – коефіцієнта інтелектуального розвитку. Досить широко в практику патопсихології

увійшли такі тести, як «Прогресивні матриці Равена», тест структури інтелекту Амтхауера.

Тест «Прогресивні матриці Равена» був запропонований Л. Пенроуз і Дж. Равеном в 1936 р У ході роботи випробовуваний повинен був виявити відносини між абстрактними фігурами. Поширені два варіанти тесту – чорно-білий і кольоровий; чорно-білий призначений для обстеження випробовуваних 8-14 і 20-65 років, кольоровий з 5-11 років. У чорно-білому варіанте випробовуваний послідовно працює з 60 візерунками або композиціями, в яких відсутня частина візерунка або один з елементів; необхідно із запропонованих варіантів відібрати відсутню деталь. Ці 60 завдань згруповані по п'ять серій. Вперше потрібно знайти відсутню частину зображення, в наступній аналогії між парами фігур, в третій – вловити принцип розвитку зміни фігур. У четвертій – зрозуміти принцип перестановки фігур, в п'ятій - закономірності взаємин і взаємодій між фігурами по горизонталі і вертикалі. Усередині кожної серії складність завдань зростає. Більш легкий кольоровий варіант містить три серії завдань.

Тест структури інтелекту Амтхауера використовується також в різних редакціях: перша була запропонована Р. Амтхауера в 1953 р, остання – в 1973 р. Даний тест містить вісім субтестів:

- ✓ логічного відбору (закінчити речення одним з наведених слів);
- ✓ визначення спільних рис (знайти зайве з п'яти слів, де чотири об'єднані спільною зв'язком)

- ✓ аналогії (пропонується пара слів і третє слово; потрібно знайти слово, так що відноситься до третього, як друге – до першого);
- ✓ класифікації (позначити два слова загальним поняттям);
- ✓ завдання на рахунок (рішення арифметичних задач);
- ✓ рядів чисел (встановити закономірності і продовжити числові ряди);
- ✓ вибору фігур (пред'являються зображення частин фігури; із запропонованих фігур потрібно знайти ту, яку можна скласти з цих частин);
- ✓ завдань з кубиками (пред'являється зображення куба з різноманітно-пофарбованими сторонами, серед яких знайти серед пред'явлених зображень аналогічний куб, з урахуванням того, що він міг змінити своє становище).

Зрозуміло, цим не вичерпуються тести інтелекту, але коротко описані нами, по-перше, широко поширені в дефектологічній практиці і, по-друге, дають уявлення про типові тестові завдання при діагностиці інтелекту. Безумовні переваги тестових методів – їх велика об'єктивність, можливість порівнювати результати, отримані різними випробуваними. У той же час дослідження, побудовані за типом жорстко стандартизованою методики (тесту), показують тільки відхилення від норми, але не дозволяють бачити порушені функції і зберіганню ланки.

*Особистісні опитувальники.* Особистісні опитувальники призначені для виміру особистісних

особливостей; матеріалом є питання, на які обстежуваний повинен відповісти, якого затвердження, з якими обстежуваний повинен погодитися або не погодитися.

Серед них виділяють кілька групу. Опитувальники типологічні; опитувальники, що виявляють риси особистості; опитувальники патохарактерологічного плану та ін.

Найбільш поширені типологічні опитувальники, які розробляються на основі визначення типів особистості (ряд теорій особистості передбачає таку можливість) і дозволяють віднести обстежуваних до того чи іншого типу, що характеризується якісно своєрідними проявами. До типологічних відносяться, наприклад, опитувальники Г. Ю. Айзенка, що визначають тип особистості, орієнтуючись на ту чи іншу ступінь вираженості двох незалежних факторів екстраверсії та емоційної нестабільності (нейротизм). У різних варіантах опитувальника обстежуваним пред'являється опитувальний лист з набором питань, на які пропонують відповісти «так» або «ні» (іноді допускається відповідь «не знаю», але не в першій-ліпшій нагоді опитувальника).

Частина питань спрямована на діагностику екстраверсії, частина – нейротизма. Ряд опитувальників передбачає спеціальні питання, відповіді на які свідчать про достовірність результатів. Як правило, ці питання пов'язані з «дрібними людськими слабкостями» і їх проявами (наприклад: «Чи правда, що ви ніколи не брешете?»). Передбачається, що більшість людей

схильні до слабостей, і заперечення свідчить про недостовірність результатів (необов'язково про навмисну брехню). Цей спосіб – не єдиний, але поширений.

Іншим відомим опитувальником є Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, який часто називають по аббревіатурі його англomовної назви – ММРІ. В основному варіанті він містить 550 тверджень. Обстеження на підставі ММРІ завершується побудовою «профілю особистості». Основний інтерес при інтерпретації представляють не показники за окремими шкалами, а їх співвідношення; за типом профілю робляться основні висновки про особливості особистості. Втім, в практиці в якості самостійних опитувальників використовуються і окремі питання, що відповідають основним і додатковим шкалами ММРІ, наприклад шкала проявів тривожності Дж. Тейлора.

Наведемо приклад висновку за результатами обстеження, спрямованого на поглиблене вивчення особистості. *Хворий А., 18 років. Знаходиться в наркологічному відділенні на лікуванні з приводу хронічного алкоголізму. Хворий скарж не пред'являє. Під час обстеження до контакту не прагне, хоче приховати наявні проблеми. Контрольні шкали ММ РТ і ПДО свідчать Про дисимуляції. У ММРІ ніки профілю на восьмий і п'ятої шкалах, що свідчить про внутрішньої напруженості, дратівливості, зосереджених на своїх переживаннях.*

*Характерологічні особливості визначаються переважанням збудливих і шизоїдні рис: хворий*

*імпульсивний, з погано прогнозованими поведінкою. Виражена реакція емансипації. Спроби вторгнення у внутрішній світ викликають агресивну реакцію або спілкування на формальному рівні. За ПДО виражена психологічна тенденція до алкоголізації. У міжособистісних відносинах простежується тенденція до незалежності. Коефіцієнт груповий адаптації в межах низької N (по тесту Розенцвейга). Реакції на фруструючі ситуації інтрапунктивні, що відбивається і в висловлюваннях: «Сподіваюся на себе», «Якщо все проти, я залишуся при своїй думці». Дослідження пізнавальної сфери істотних відхилень не виявило.*

*Отже, дослідження виявляє напруженість, підвищену дратівливість, в структурі особистості переважає поєднання збудливих і шизоїдні рис.*

Наявність психопатичних рис в структурі характеру формування алкоголізму вже в підлітковому віці вимагають розробки індивідуальної програми психокорекційної роботи. Такий висновок допомагає лікареві краще розібратися в індивідуальних особливостей хворого і спільно з психологом розробити ефективну тактику психокорекційного впливу.

Від типологічних опитувальників відрізняють **опитувальники рис особистості**, що вимірюють вираженість рис – стійких особистісних ознак. Одним з найбільш поширених є 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (вперше опублікований в 1950 р). Під фактором розуміється глибинна особистісна характеристика, що визначає групу стійких

поведінкових проявів і відносно незалежна від інших характеристик того ж порядку. Фактори в системі Р. Кеттела мають «технічні» і «побутові» назви; в якості прикладів наведемо кілька побутових: «високий інтелект – низький інтелект», «совісність – недобросовісність», «сміливість – боязкість». Кожна пара позначає один фактор через позначення «полосів». При психологічному вивченні особистості підлітків і юнаків (14-18 років) широко застосовується патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків (ПДО). Цей опитувальник призначений для визначення типів характеру при конституціональних і органічних психопатології, патологічному розвитку особистості, при акцентуаціях характеру. Користуючись описами відомих психіатрів, автори опитувальника склали набори фраз, що відбивають відносини представників різних типів психопатій і акцентуацій до ряду життєвих проблем, актуальних для підліткового віку. Принцом відносин був запозичений з психології відносин.

Опитувальник дозволяє виявити наступні типи акцентуацій: гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астено-невротичний, сенситивний, шизоїдний, епілептоїдний, істероїдний, нестійкий, конформний. За допомогою опитувальника можна встановити ознаки, що вказують на високий ризик формування психопатій, на можливу органічну природу психопатій і акцентуацій характеру, ступеня вираженості реакції емансипації, а також показники психологічної схильності до алкоголізації і делінквентності. Слід

зазначити, що результат досліджень за допомогою ПДО, як і в разі використання інших особистісних опитувальників, не є клінічним діагнозом. Так, наприклад, шизоїдну акцентуацію за допомогою опитувальника може бути діагностовано і в разі норми, і при шизоїдній психопатії, і у підлітка з синдромом раннього дитячого аутизму. Виявлення типу акцентуації в кожному з цих випадку може допомогти в диференціальній діагностики та в розробці індивідуальної діагностиці і в розробці індивідуальної програми.

Наведемо приклад використання ПДО для вивчення особистісних особливостей Жори, 15 років, учня спеціальної школи для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. *Підліток потрапив в психіатричну лікарню в зв'язку з неправильною поведінкою в школі: постійно порушував порядок, бився, грубіянив вчителю, пізніше став некерованим зовсім. Зі слів матері, рано почав курити, дружить зі старшими за віком, хуліганить, вимагає у матері гроші. У відділенні порушував режим, курив у невстановлених місцях, нецензурно лаявся.*

*Результати обстеження за ПДО. За шкалою об'єктивної оцінки, незважаючи на схильність до дисимуляції, встановлений нестійкий тип. Конформність низька. Реакція емансипації виражена (e-6). Є дані, що вказують на можливість психопатії (K = 1, B = 6), а також на схильність до алкоголізації і делінквентності. Аналіз окремих виборів хворого виявив байдуже ставлення до майбутнього,*

*відсутність установок на отримання професії і трудову діяльність, зниження критики фізичного дефекту. Ці результати в порівнянні з даними інших методик допомогли лікарю встановити діагноз «психопатоподібний синдром», намітити тактику лікування. Спільно з психологом були розроблені рекомендації батькам щодо нормалізації взаємовідносин сім'ї та оптимізації виховного процесу з урахуванням особистісних особливостей підлітка.*

### **Проективні методики**

**Проективні методики.** В основу побудови цих методик покладено уявлення про те, що в творчості людини, його висловлюваннях, перевагах, інтерпретації подій виявляються приховані неусвідомлювані спонування, конфлікти, переживання, що характеризують особистість. Обстеження за допомогою цих методик передбачає створення ситуації невизначеності. Інструкція визначає або стратегії, або початковий момент обстеження. Стомлений матеріал, пропонується для обстеження, може тлумачитися різними способами – важливе ставлення, яке він викликає, суб'єктивний сенс, асоціації, що виникають, у зв'язку з цим матеріалом.

У клінічній практиці широко використовуються тест фрустраційної толерантності Розенцвейга, тест тематичної апперцепції (ТАТ), тест Роршаха, тест колірних переваг Люшера.

На підставі ряду формальних показників, властивих цим методикам, виділяються наступні ознаки:

- Відносна свобода у виборі відповіді і тактики поведінки випробуваного;
- Відсутність будь-яких зовнішніх показників оцінного ставлення до випробуваному з боку експериментатора;
- Загальна оцінка взаємини особистості з її соціальним оточенням, узагальнена оцінка ряду особистісних властивостей, а не вимірювання будь-якої окремої психічної функції.

Зупинимося на найбільш типових проектних методиках.

*Тест Розенцвейга* – проективна методика дослідження особистості. В якості стимульного матеріалу використовуються 24 малюнка, на яких зображені особи, які перебувають під фрустраційної ситуації. Персонаж, зображений зліва, вимовляє слова, якими описується фрустрація – власна чи іншого індивіда. Над персонажем справа є порожній квадрат, в який обстежуваний повинен вписати перші прийшли на думку відповіді. Риси і міміка персонажів в малюнках відсутні. Ситуації, зображені на малюнках, можуть бути розділені на дві групи:

- Ситуації-перешкоди;
- Ситуації-спілкування.

Оцінка отриманих відповідей здійснюється за направленням реакції і її типу. У напрямку реакції поділяються на:

✓ екстрапунітивні – спрямовані на оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації і підкреслюється її ступінь, іноді вирішення ситуації вимагають від іншої особи;

✓ інтропунітивні – спрямовані на самого себе з прийняттям провини або відповідальності за виправлення ситуації, що виникла, фрустрируюча ситуація не підлягає засудженню;

✓ імпультивні – відсутні звинувачення. За певною програмою виділяються приховані мотиви поведінки.

Існує дитячий варіант цього тесту – тест дитячої апперцепції, в якому персонажами є діти – самі по собі або у взаємодії з дорослими; в деяких модифікаціях – тварини. В цьому випадку відповіді можуть даватися усно.

*Тест Роршаха* – одна з найбільш популярний проєктивних методик. Стомлений матеріал тесту складається з 10 стандартних таблиць з чорно-білими, кольоровими, симетричними, слабоструктурованими зображеннями (так звані «плями» Роршаха). Обстежуваному пропонується відповісти на питання: «Що зображено на малюнку, на що це схоже?» Проводиться дослівна запис всіх висловлювань випробуваного з урахуванням контексту (висунутого малюнка, супутнього елементу поведінки і т.п.).

Отримані відповіді формалізуються за допомогою спеціально розробленої системи символів за категоріями:

- локалізація (у відповіді фігурує все зображення або окремі його частини);
- детермінанти (облік домінуючий в описі форми зображення, кольори, форми спільно з кольором і т.д.);
- рівень форми (оцінка того, наскільки адекватно форма зображення відображена у відповіді);
- зміст (відповіді стосуються людей, тварин, неживих предметів і т.д.);
- оригінальність – популярність.

Крім діагностики загальної спрямованості особистості ( «тип переживання») тест дозволяє отримати дані про ступінь реалістичності сприйняття дійсності, емоційному відношенні до навколишнього світу, тенденції до занепокоєння, тривожності.

*Тест тематичної апперцепції, скорочено ТАТ.* Поряд з тестом Роршаха вважається одним з найбільш авторитетних і поширених.

Матеріал тесту – таблиці з картинками, які зображують невизначені ситуації, що допускають різне розуміння і тлумачення. Разом з тим кожен малюнок передбачає актуалізацію певного типу і відносин до певних ситуацій. Піддослідним по кожній картинці (всього їх 30 і одна порожня таблиця, на якій можна зобразити будь-яку картинку; в обстеженні, як правило, пред'являються 20) пропонується скласти розповідь, в якому описувалися б події, що призвели до цієї ситуації, а так само те, що відбувається в даний час (думки, почуття, відносини персонажів) і завершення історії.

Здійснюється дослівна запис розповіді, фіксується час, паузи, особливості поведінки, інтонування, міміка та ін.

При аналізі з'ясовується, з яким «героєм» співвідносить себе обстежуваний, визначаються його найважливіші характеристики, серед яких провідне місце займають потреби, особливості впливу середовища на «героя» (так звані преси та тиску) і співвідношення пресів; в результаті створюється уявлення про особливості потреби сфери, внутрішніх і зовнішніх конфліктах, способах захисту і т. п.

*Тест колірних переваг Люшера* в класичному варіанті представлений в двох основних формах: повний (73-колірні таблиці) і короткий, що використовує 8 кольорів. Перший варіант досить складний в проведенні та інтерпретації і застосовується, як правило, а тих ситуаціях, коли потрібно поглиблене обстеження, а інші методи недостатньо адекватні. Другий варіант менш трудомісткий, легко обробляються результати обстеження і проста процедура інтерпретації. Восьми колірний набір включає в себе чотири основні кольори і чотири додаткових. Чотири основні кольори (синій, зелений, червоний, жовтий) відіграють особливу роль, і кожен з них має своє значення, виражає одну з основних потреб.

Обстеження протікає в такий спосіб: випробуваному пропонується вибрати з восьми кольорів більш воліємо (той, який йому більше всіх подобається), при цьому намагатися не асоціюватися ці кольори з будь-якими предметами. Після першого вибору пропонується повторити процедуру – вибрати

найбільш бажаний з решти семи кольорів, шести, п'яти і т. Д. Через одну – дві хвилини процедуру слід повторити. Попередньо змінивши у випадковому порядку.

Розташування кольорів. При цьому необхідно звернути увагу обстежуваного на те, що опитування спрямований не на вивчення його пам'яті, і він може вибрати ті кольори які йому подобаються в даний момент.

Після першого і другого опитувань психолог виробляє інтерпретацію результатів обстеження. За результатами тестування можна встановити основний спосіб дії, мета самого випробуваного, не задіяні особливості особистості, пригнічені потреби, актуальні проблеми та ряд інших показників, що характеризують особу випробуваного.

Всі вищеописані методики підтвердили свою діагностичну ефективність на практиці, але сфера їх використання обмежена при обстеженні дітей, осіб з сенсорними й мовними дефектами, розумово відсталих будь-якого віку. Наприклад, розумово відсталі не розуміють багатьох ситуацій, зображених на картках ТАТ або тесту Розенцвейга, тому результати обстеження не розкривають особистісних особливостей і прихованих переживань, а вказують на низький інтелектуальний рівень.

Особливі проблеми виникають при спробах обстежити за допомогою цих методик дітей і підлітків з недорозвиненням мови, в тому числі і в наслідок порушень слуху. Вони найчастіше не здатні дати чіткий

розгорнутий опис стимульного матеріалу, самостійно скласти розповідь. У цих випадках краще скористатися іншими проектними методиками.

Наприклад школярі із легкою розумовою відсталістю та учні мовних шкіл, які не можуть впоратися з ТАТ, здатні завершити незавершені пропозиції типу «Мій батько ...», «У дитинстві мене ...». Пропозиції підбираються відповідно до того, які властивості особистості хочуть виявити в обстеженні.

Одним з найпоширеніших в практиці психолога тестів є *тест «Намалюй людини»* і його варіанти. Основний варіант запропонований К. Маховер на основі тесту Ф. Гудінаф, яка використала малюнок людини для оцінки розумового розвитку. У тесті обстежуваного просять на аркуші паперу олівцем намалювати людини; після завершення малюнка пропонується намалювати людини протилежної статі. За цими слід опитування щодо намальовані фігур (під, вік, звички і т. Д.). При інтерпретації виходять з положення про те, що в малюнку людини обстежуваний висловлює своє «Я», особливості якого можна визначити по запропонованій системі критеріїв. Велика увага приділяється тому як намальовані деталі фігури (очі, руки, і т.д), які їхні пропорції, які трактуються символічно як втілення ставлення до певних сторін життя.

Ідея про те, що в малюнку можна побачити своєрідний «автопортрет» лежить в основі тесту «*Будинок-дерево-людина*» (скорочено БДЛ).

Широке поширення при патологічному обстеженні дітей і підлітків отримали такі малюнкові тести як

«Неіснуюча тварина» і «Малюнок сім'ї». При обстеженні деяких категорій дітей з відхиленнями у розвитку до інтерпретації результатів цих методик слідують. Наприклад, діти з порушенням маніпулятивних функцій, зорового сприйняття, з просторовими порушеннями часто малюють деформовані фігури, втрачають дрібні деталі, порушують пропорції особи. При виражених порушеннях схеми тіла, наприклад, при дитячому церебральному паралічі (ДЦП), деталі фігури можуть бути розкидані по всьому листу, або кінцівки розміщені з одного боку, а при порушенні орієнтування в площині листа зображення може розміщуватися в одному з кутів, частіше в правому нижньому.

Всі ці особливості виконання завдань пов'язані з порушенням вищих психічних функцій через органічного ураження мозку або аналізаторів, а не з порушенням особистості. У цих випадках проектна значимість дослідження практично відсутня, в інших – результати малюнкових тестів можуть бути дуже інформативними. Так, підліток з важкими хронічними захворюваннями нирок зобразив людини зі спинкою ліжка замість ніг, дівчинка з моторною алалією намалювала членів своєї сім'ї без будь-яких особливостей, а себе – без рота, дівчина з ампутованою ногою зображувала людей летять, в довгому одязі, що приховує ноги .

Таким чином, при використанні малюнкових тестів і інтерпретації їх результатів необхідно враховувати рівень сформованості образотворчої діяльності та стан

зорового сприйняття, просторових уявлень, моторних функцій.

### *Запитання для самоперевірки*

1. У чому полягає специфіка використання психологічних методів у патопсихології?
2. Які є основні підходи до якісного аналізу патопсихологічних проявів?
3. У чому різниця між якісним та кількісним аналізом у патопсихології?
4. Які принципи побудови патопсихологічного дослідження?
5. Що таке патопсихологічний висновок і які його основні складові?
6. У яких випадках доцільніше використовувати спостереження у патопсихологічному дослідженні?
7. Чим відрізняється природний експеримент від лабораторного у патопсихології?
8. Які переваги та недоліки має метод бесіди (інтерв'ю) у патопсихологічному дослідженні?
9. Які особливості анкетування як методу збору інформації у патопсихології?
10. Чим відрізняються стандартизовані тести від проєктивних методик у патопсихологічному дослідженні?
11. Які психологічні аспекти необхідно враховувати при інтерпретації особистісних опитувальників?
12. У яких випадках доцільно застосовувати проєктивні методики в патопсихологічному дослідженні?

## ТЕМА 2. ПОРУШЕННЯ УВАГИ.

### ПЛАН

1. Поняття про порушення уваги.
2. Види порушень уваги: зниження стійкості уваги; зменшення обсягу уваги; порушення переключення уваги;
3. Патологія уваги.

### Поняття про увагу та її порушення

*Увага* – це психічний процес, що характеризується зосередженістю діяльності суб'єкта в певний момент часу на якомусь реальному або ідеальному об'єкті (предмет, подія, образ, міркування і т.д.)

Увага разом зі сприйняттям і пам'яттю є так званим передвісником мислення. Увага характеризується як динамічна сторона свідомості.

Багато дослідників, в тому числі підкреслюють наявність загальних закономірностей розвитку пам'яті, уваги та уваги у людей. Вікові характеристики цих пізнавальних процесів у дитини раннього віку спочатку є мимовільними, ненавмисними. У старшому дошкільному віці під впливом нових видів діяльності (навчання у вигляді гри) і нових вимог перед дитиною виникають особливі завдання, спрямовані на зосередження і утримання уваги на об'єкті або на відтворення будь-якого завдання. Це призводить до формування нового рівня уваги, а також пам'яті, уваги та інших вищих психічних функцій. Довільна увага найбільш активно розвивається в молодшому шкільному віці, коли навчання стає провідною діяльністю дитини.

Основними характеристиками уваги є:

- ✓ стійкість;
- ✓ об'єм;
- ✓ переключення.

**Стійкість уваги** забезпечує тривалість її концентрації на об'єкті та виражається в певній мірі зосередженні суб'єкта на об'єкті. Вона є необхідною умовою продуктивної роботи. Стійка увага дає можливість послідовно пізнавати предмети зовнішнього світу у всьому різноманітті їх властивостей і відносин, завдяки чому збагачується досвід збагачується новим змістом. Стійка увага має особливо велике значення для розвитку інтелектуальної діяльності. Воно не дає можливості мисленню «зісковзувати» на сторонні зв'язки, неіснуючі характеристики, незначущі емоційні образи.

Стійка увага дозволяє утримувати обраний спосіб дії, зберігати спрямованість думки на переносному, умовному значенні, що важливо для вибору основ класифікації об'єктів та її послідовного здійснення. Збереження уваги на розумових зв'язках може розглядатися як етап у процесі його інтелектуалізації.

Для реальної діяльності потрібно, щоб у полі уваги виявлялося багато об'єктів з різними властивостями, а, також, вони повинні знаходитися в різноманітних відносинах один з одним, тобто необхідна сукупність подразників.

**Обсяг уваги** – це сукупність подразників, що сприймаються, на яку спрямована увага в даний момент. Обсяг уваги у великій мірі залежить від кількісного

співвідношення фігури і фону, тобто об'єктів, які треба виділити увагою, і об'єктів, від яких треба відволіктися. На розширення обсягу уваги значно впливає мова, самостійність навчання і різноманітність діяльності.

Обсяг уваги визначає ефективність будь-якого виду навчання, оскільки розумовий акт передбачає одночасне об'єднання, поєднання і утримання кількох об'єктів в полі уваги.

**Переключення уваги.** Перехід від однієї діяльності до іншої може здійснюватися різними шляхами, але він завжди супроводжується зміною спрямованості уваги. При повному перемиканні уваги відбувається як би глобальне скасування попередньої діяльності; при частковому скасуванні має місце включення деяких компонентів попередньої діяльності в нову. Переключення – це динамічна характеристика уваги.

Фізіологічно перемикання уваги пов'язане як з виробленням, так і з ломкою стереотипу, а також з його розширенням, коли кілька стереотипів послідовно об'єднуються, утворюючи єдине ціле.

Механізми перемикання і відволікання уваги різні. При перемиканні відбувається активна перебудова психічної діяльності, що пов'язана з необхідністю виділяти і утримувати нові компоненти або знаходити інші способи діяльності

У перемиканні уваги, як і в дії, проявляються власне регуляторні функції уваги - можливість довільно припинити або сповільнити попередню діяльність.

## **Види порушень уваги: зниження стійкості уваги; зменшення обсягу уваги; порушення переключення уваги**

З огляду на основні характеристики уваги, виділяють наступні види порушень уваги:

- ✓ зниження стійкості;
- ✓ зменшення обсягу;
- ✓ порушення перемикавання.

**Зниження стійкості уваги.** Зниження концентрації уваги і його коливання призводять до зниження стійкості уваги. Недостатня стійкість уваги ускладнює перебіг цілеспрямованої пізнавальної діяльності та є однією з найголовніших передумов до виникнення труднощів у розумовій діяльності. Забезпечення початкової фіксації уваги на об'єкті виступає провідною передумовою зосередженої та стійкої уваги.

У психічно хворих, як правило, порушено і зорову, і слухову увагу. За методикою відшукування чисел за таблицями Шульте виявляються результати, що перевищують норму за кількістю витраченого часу. Звертає на себе увагу загальна сповільненість в роботі з різко вираженою нерівномірністю психічної діяльності. У деяких хворих швидкість відшукування чисел може знижуватися, а час, що витрачається на їх відшукування, - збільшуватися. Іноді час подвоюється за рахунок того, що хворі «втрачають» числа на таблиці і не бачать їх.

При обстеженні методикою за диференціацією суміщених ознак було виявлено, що хворі в порівнянні зі здоровими витрачають більше часу на розкладання

карток. Здійснюючи дві операції одночасно - перерахунок карток і розкладання їх за кольором, - хворі допускають значно більше помилок. Результати досліджень, проведених різними вченими, свідчать про виснаження і коливання активної уваги хворих.

У осіб з наслідками ураження ЦНС часто порушується слухова увага, об'єктом якої є зосередження уваги на мовній діяльності. Мова, яка визначає опосередкованість уваги, має особливе значення для розвитку її стійкості. Опановуючи промовою, дитина вчиться способам управління своєю увагою. Регулююча роль другої сигнальної системи робить збудження суто спрямованим і локалізованим у корі головного мозку. За допомогою мови дитина навчається специфічно людському баченню світу. Активність мовної діяльності дошкільника характеризується спрямованістю в бік значення. Дитина стає більш уважною не тільки до звуків мови, а й до змісту, смислу слів, вчиться подумки уявляти собі предмети, їх властивості, дії з ними.

За даними Е. Леонгард, половина розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку або не може користуватися словесною інструкцією, або словесна інструкція практично не впливає на їх діяльність. Довільна увага виробляється у них насилу.

**Зменшення обсягу уваги** – це кількісне звуження сукупності подразників через порушення здатності до їхнього утримання. Так, наприклад, у розумово відсталих дітей в порівнянні з тими однолітками, які нормально розвиваються, звужено обсяг уваги. Вони дивляться і не бачать, слухають і нечують. Кидаючи погляд на якийсь

предмет, вони бачать в ньому менше відмінних ознак, ніж та дитина, яка нормально розвивається. Це одна з тих причин, що ускладнюють орієнтування таких дітей на вулиці, в приміщенні і особливо в малознайомих місцях.

Особи з епілепсією в силу вираженої інертності протікання психічних процесів грузнуть в численних деталях об'єктів. Саме це і не дозволяє їм забезпечувати активною увагою достатній обсяг матеріалу. Люди з шизофренією, ковзаючи по предмету пізнання, не стримують обсяг уваги з іншої причини. Утримання обсягу уваги для них нічим не вмотивоване. Утримати обсяг вони не можуть, так як йдуть за вихолощеним змістом фрази. Їх мова, для якої характерні резонерські міркування, є ланцюжком витіюватих, безглуздих і безплідних мудрувань.

На думку Ж. Піаже, вузькість поля уваги осіб пов'язана з труднощами, а часом і з неможливістю здійснити розумовий синтез. Саме це ми і спостерігаємо у більшості дітей з відхиленнями у розвитку. Дитина дошкільного віку, яка нормально розвивається, бачить і помічає багато, але і вона не здатна організувати своє спостереження.

Для розширення обсягу уваги необхідно не просто залучення все більшої кількості врахованих ознак, але і їх асиміляція, включення в структуру досвіду, ієрархізація, що вимагає збереження відповідних механізмів.

***Порушення перемикання уваги*** – це порушення лабільного переходу від одного стереотипу виконання діяльності до іншого, порушення здатності до гальмування попередніх способів діяльності.

Порушення перемикання уваги виражено у різних категорій хворих осіб по-різному. Люди з шизофренією, що відрізняються лабільністю протікання розумової діяльності, легко і вільно переключаються з об'єкта на об'єкт. Однак при виборі нових способів діяльності велике значення має їх власна мотивація. Легкість, з якою ці діти переключаються, обтяжується втратою свідомості, вихолощенням дії.

Розумово відсталі і хворі на епілепсію відчують значні труднощі при перемиканні з одного завдання на інше. В їх діяльності особливо яскраво виявляється застрягання або «зісковзування» на вже знайомий спосіб вирішення завдання. У них знижена здатність до розподілу уваги між різними видами діяльності. Вони не можуть відразу виконувати два завдання, наприклад малювати і розповідати вірш.

### **Патологія уваги. Синдроми порушень уваги**

**Неуважність** (розкиданість)- порушення здатності довгостроково концентрувати увагу і зосередження з постійними переходами від одного явища до іншого, ні на чому не затримуючись. Неуважність часто буває при астеничних станах різного генезу і, як правило, поєднується з підвищеною виснаженістю уваги.

**Підвищена відволікаємість** - позамежна (надмірна) рухливість уваги, безперервний перехід від одного виду діяльності до іншого. При цьому жодна дія не доводиться до кінця. Підвищена відволікаємість вельми характерна для маніакального стану, де вона тісно пов'язана з прискоренням асоціативних процесів.

**Інертність уваги** (мала рухливість уваги) характеризується порушенням перемикання уваги, це як би патологічна фіксація уваги.

**Апрозексія** - повна відсутність уваги.

*Питання для самоперевірки*

1. Що таке увага і які її основні функції?
2. Які основні види порушень уваги ви знаєте?
3. У чому полягає зниження стійкості уваги, і які його можливі причини?
4. Що таке зменшення обсягу уваги, і як воно проявляється у когнітивній діяльності людини?
5. Як проявляється порушення переключення уваги, і які методи корекції існують?

### **ТЕМА 3. ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ**

#### **ПЛАН**

1. Поняття про порушення пам'яті.
2. Види порушень пам'яті. Порушення безпосередньої пам'яті: корсаківський синдром, прогресуюча амнезія. Порушення динаміки мнестичної діяльності. Порушення опосередкованої пам'яті. Порушення мотиваційного компоненту пам'яті.
3. Симптоми порушення пам'яті: гіпермнезія, гіпомнезія, амнезія, парамнезія

#### **Поняття про порушення пам'яті**

**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 це 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 є 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 видуманих подій); псевдоремінісценції (порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє); криптомнезії (розлади пам'яті, при яких людина присвоює 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 аналізом досліджень, С. Д. Максименко вважає, що порушення пам'яті за причинами їх виникнення поділяються на:

1. Не викликані явними фізіологічними причинами дисоціативні. Диссоціативна 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 фуга (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і уявити 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). Фуги впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання. Пам'ять у більшості людей з дисоціативною фугою 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, вони 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 В і (тіаміну).

*Примітка.* У телешоу та кінофільмах удари по голові зображаються як швидкий спосіб втратити пам'ять. У дійсності після легких черепно-мозкових травм – струсу 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 наuczінням 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 37 своїх 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 відчуваючи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

### **Види порушень пам'яті**

*Пам'ять* – це комплексна система, що включає різні етапи та компоненти, тому її порушення можуть проявлятися різними способами. Класифікація видів порушень пам'яті є важливою для диференційної діагностики та розробки ефективних стратегій корекції.

#### ***1. Порушення безпосередньої пам'яті***

Безпосередня пам'ять, також відома як сенсорна або миттєва пам'ять, забезпечує утримання інформації протягом дуже короткого часу (кілька секунд) після припинення впливу стимулу. Порушення цієї форми пам'яті часто є ознакою серйозних неврологічних розладів.

***Корсаківський синдром*** – це амнестичний синдром, викликаний дефіцитом тіаміну (вітаміну B1),

який часто спостерігається при хронічному алкоголізмі, але може виникати і при інших станах, таких як важка недостатність харчування.

*Основні симптоми:*

✓ Антероградна амнезія: виражена нездатність до запам'ятовування нової інформації, при цьому спогади про минуле можуть бути відносно збереженими.

✓ Ретроградна амнезія: втрата спогадів про події, що передували початку захворювання, особливо про недавні події.

✓ Конфабуляції: схильність до вигадкування неправдивих спогадів для заповнення прогалин у пам'яті, при цьому хворий щиро вірить у їхню правдивість.

✓ Дезорієнтація: порушення орієнтування в часі, місці та обставинах.

✓ Полінейропатія: ураження периферичних нервів, що проявляється слабкістю, онімінням та болем у кінцівках.

✓ Патофізіологічні механізми:

✓ Пошкодження медіальних відділів скроневої частки, гіпокампу, мамілярних тіл та таламусу, які відіграють ключову роль у процесах консолідації пам'яті.

✓ Нейротрансмітерні порушення, зокрема зниження рівня ацетилхоліну.

Корсаківський синдром призводить до значних порушень повсякденного функціонування, оскільки людина не здатна запам'ятовувати нову інформацію та навчатися. Рання діагностика та лікування (замісна терапія тіаміном) можуть допомогти запобігти

прогресуванню симптомів, але вже наявні порушення часто є незворотними.

**Прогресуюча амнезія** – це синдром, при якому порушення пам'яті поступово посилюються з часом.

Може бути викликана різними нейродегенеративними захворюваннями, такими як хвороба Альцгеймера, хвороба Піка, лобно-скронева деменція.

На початкових стадіях переважають порушення короткочасної пам'яті, згодом приєднуються порушення довготривалої пам'яті.

Можуть спостерігатися інші когнітивні розлади, такі як афазія, апраксія, агнозія, порушення виконавчих функцій.

Порушення пам'яті прогресують разом з іншими симптомами захворювання, що призводить до деменції.

Диференційна діагностика прогресуючої амнезії є складною та потребує комплексного неврологічного та нейропсихологічного обстеження. Рання діагностика нейродегенеративних захворювань має велике значення для призначення симптоматичної терапії та сповільнення прогресування деменції.

## **2. Порушення динаміки мнестичної діяльності**

Цей вид порушень стосується не стільки обсягу запам'ятовуваної інформації, скільки особливостей процесів запам'ятовування, збереження та відтворення.

- *Уповільнення запам'ятовування:*

Зниження темпу засвоєння нової інформації, потреба у багаторазовому повторенні для запам'ятовування.

Може спостерігатися при астеничних станах, органічних ураженнях мозку, депресії.

- *Утруднення відтворення:*

Проблеми з вилученням збереженої інформації з пам'яті, незважаючи на те, що вона була запам'ятована.

Може проявлятися у феномені «вертиться на язичі», коли людина не може пригадати потрібне слово, але відчуває, що воно знайоме. Характерно для тривожних розладів, стресу, органічних уражень лобних часток мозку.

- *Інертність мнестичних процесів:*

Труднощі у переключенні з одного спогаду на інший, схильність до застрягання на певних деталях. Спостерігається при органічних ураженнях мозку, зокрема при ураженнях лобних часток.

- *Лабільність мнестичних процесів:*

Нестійкість запам'ятовування, швидке забування інформації, легка відволікання. Характерно для астеничних станів, органічних уражень мозку.

### ***3. Порушення опосередкованої пам'яті***

*Опосередкована пам'ять* – це запам'ятовування та відтворення інформації за допомогою використання допоміжних засобів, таких як записи, схеми, мнемонічні прийоми. Порушення цієї форми пам'яті свідчать про зниження когнітивних функцій, зокрема здатності до планування, організації та контролю своєї діяльності.

*Труднощі у використанні мнемонічних прийомів:*

Нездатність або небажання використовувати стратегії для полегшення запам'ятовування (наприклад, класифікація, узагальнення, асоціації).

Може бути пов'язано з ураженням лобних часток мозку, інтелектуальними порушеннями.

*Порушення планування та організації запам'ятовування:*

Нездатність розбити матеріал на частини, виділити ключові моменти, встановити логічні зв'язки.

Характерно для уражень лобних часток мозку.

*Зниження контролю за процесом запам'ятовування:*

Неадекватна оцінка своїх можливостей, переоцінка або недооцінка кількості запам'ятованого матеріалу. Може спостерігатися при психопатіях, органічних ураженнях мозку.

#### ***4. Порушення мотиваційного компоненту пам'яті***

*Мотиваційний компонент пам'яті* відображає вплив потреб, інтересів, емоцій та установок особистості на процеси запам'ятовування та відтворення. Порушення цієї сфери пам'яті можуть бути пов'язані з афективними розладами, змінами особистості та іншими психологічними факторами.

- Згадування, обумовлене афектом:

Вибіркове відтворення інформації, що відповідає переважаючому емоційному стану (наприклад, при депресії переважають негативні спогади). Характерно для афективних розладів.

- Конфабуляції бажання:

Вигадування подій, які відповідають потребам або бажанням особистості. Може спостерігатися при психопатіях, істерії.

- Витіснення:

Мимовільне забування неприємних або травматичних спогадів. Описано в психоаналітичній теорії.

- Амнезія ідентичності:

Втрата спогадів про себе, свою особистість, минуле життя. Спостерігається при дисоціативних розладах.

Розуміння різних видів порушень пам'яті має важливе значення для диференційної діагностики (розрізнення органічних та функціональних порушень, визначення локалізації ураження мозку), планування корекційної роботи (вибір методів та прийомів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій) та прогнозу (оцінка можливостей відновлення та адаптації особистості).

### **Симптоми порушення пам'яті: гіпермнезія, гіпомнезія, амнезія, парамнезія**

*Пам'ять* – це складний психічний процес, який забезпечує відображення досвіду шляхом його запам'ятовування, збереження та відтворення. Порушення пам'яті можуть проявлятися різноманітними симптомами, які впливають на здатність людини ефективно функціонувати в повсякденному житті. Основні симптоми порушень пам'яті включають гіпермнезію, гіпомнезію, амнезію, парамнезію.

*Гіпермнезія* характеризується надмірним посиленням здатності до запам'ятовування та відтворення інформації.

При гіпермнезії спогади стають надзвичайно яскравими, детальними та інтенсивними, часто

з'являються спогади про події, які зазвичай важко пригадати.

Цей стан може спостерігатися при деяких психічних розладах, таких як маніакальні стани, епілептичні випадки або під впливом психоактивних речовин.

Важливо відрізнити гіпермнезію від просто дуже хорошої пам'яті, оскільки при гіпермнезії спогади мають нав'язливий, іноді навіть болісний характер.

*Гіпомнезія*, навпаки, характеризується зниженням здатності до запам'ятовування та відтворення інформації.

Проявляється у забудькуватості, труднощах у пригадуванні нещодавніх або давніх подій, зниженні обсягу запам'ятовуваного матеріалу.

Гіпомнезія може бути викликана різними факторами, включаючи органічні ураження мозку, вікові зміни, стрес, депресію, тривожні розлади.

Залежно від ступеня вираженості, гіпомнезія може варіюватися від легких труднощів у пригадуванні до значних проблем, що впливають на повсякденне функціонування.

*Амнезія* – це повна або часткова втрата пам'яті на певний період часу.

Розрізняють кілька видів амнезії:

✓ Ретроградна амнезія: втрата спогадів про події, що передували початку захворювання або травми.

✓ Антероградна амнезія: втрата здатності запам'ятовувати нову інформацію після початку захворювання або травми, при цьому спогади про минуле зберігаються.

✓ Транзиторна глобальна амнезія: раптовий епізод повної втрати пам'яті, що триває від кількох годин до доби, після чого пам'ять поступово відновлюється.

✓ Дисоціативна амнезія: втрата пам'яті на конкретні події або періоди життя, викликана психологічною травмою або стресом.

Амнезія може бути викликана черепно-мозковими травмами, інсультами, пухлинами мозку, інфекційними захворюваннями, епілепсією, а також психологічними факторами.

*Парамнезії* – це якісні порушення пам'яті, при яких спогади спотворюються, фальсифікуються або змішуються з вигадками.

Основні види парамнезій:

✓ Конфабуляції: заповнення прогалін у пам'яті вигаданими подіями, які хворий сприймає як реальні спогади.

✓ Псевдоремінісценції: спогади про події, які ніколи не відбувалися, але хворий впевнений у їх реальності.

✓ Криптомнезії: порушення в розрізненні власних і чужих спогадів, коли прочитане або почуте сприймається як особистий досвід.

✓ Екмнезії: переживання минулих подій як теперішніх, втрата відчуття часу.

Парамнезії часто спостерігаються при органічних ураженнях головного мозку, шизофренії, алкогольному психозі та інших психічних розладах.

Важливо пам'ятати, що порушення пам'яті можуть бути симптомом різних захворювань, тому при їх

виявленні необхідно звертатися до фахівця для проведення діагностики та визначення причин.

*Запитання для самоперевірки*

1. Що таке пам'ять, і які її основні функції в когнітивній діяльності людини?
2. Які основні види порушень пам'яті ви знаєте?
3. У чому полягає корсаківський синдром, і які його основні симптоми?
4. Що таке прогресуюча амнезія, і які її можливі причини?
5. Які особливості має порушення опосередкованої пам'яті, і як його можна діагностувати?
6. Як порушення мотиваційного компоненту пам'яті може впливати на здатність до навчання та соціальної взаємодії?
7. У чому різниця між гіпермнезією, гіпомнезією, амнезією та парамнезією, і які методи їх корекції існують?

## **ТЕМА 4. ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ. ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ**

### **ТЕМА 4.1. ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ ПЛАН**

- 1.Поняття про порушення мислення.
- 2.Види порушень мислення.
- 3.Розлад мислення: патологія асоціативного процесу, патологія суджень.

#### **Поняття про порушення мислення**

*Мислення* – це когнітивний процес, який дозволяє нам обробляти інформацію, формувати поняття, робити висновки, вирішувати проблеми та планувати дії. Порушення мислення можуть проявлятися різними способами, впливаючи на ефективність цих процесів, а також можуть значно впливати на психічне здоров'я, соціальне та професійне функціонування людини.

Класифікація порушень мислення є важливою для патопсихологічної діагностики та розробки корекційних стратегій. Нерідко у структурі патологічно зміненого мислення хворих спостерігаються більш менш складні поєднання різних видів порушень.

Так, вчені виділяють чотири види патології мислення:

1. Порушення операційної сторони мислення
2. Порушення динаміки мислення
- 3.Порушення особистісного компонента мислення

## 4. Порушення критичності мислення

### **Види порушень мислення**

Відомо, що мислення спирається на систему понять, які дають можливість відобразити дійсність в узагальнених і абстрактних формах. Згідно з К. І. Шкарлатюк, узагальнення є наслідком аналізу, що розкриває суттєві зв'язки між явищами та об'єктами. Раніше науковці прийшли до висновку, що узагальнення дано в системі мови, яка допомагає передати загальнолюдський досвід і дозволяє вийти за межі одиничних вражень. При деяких формах патології психічної діяльності хворі втрачають можливість використовувати систему операцій узагальнення і абстрагування.

*Порушення операційної сторони мислення можуть мати такі варіанти:*

- зниження рівня узагальнення;
- спотворення процесу узагальнення.

*Зниження рівня узагальнення виражається в тому, що в судженнях досліджуваних домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, встановлюються суто конкретні зв'язки між предметами. Особливо наочно це можна уявити на прикладі аналізу результатів, отриманих при використанні методики класифікації предметів. Наприклад, хворі об'єднують в групи*

різномірні поняття: зошит і стіл (тому що в зошиті можна писати тільки на столі), книгу і диван (так як читати книгу зручно на дивані). Аналізовані предмети об'єднуються хворими на основі другорядних, латентних (від лат. *latens* – «прихований», «таємний») або часткових ознак. При яскраво вираженому зниженні рівня узагальнення класифікація як розумова операція виявляється недоступною хворим. Випробувані встановлюють конкретно-ситуаційні зв'язки.

Аналогічні результати можуть бути отримані і при виконанні молодшими школярами завдань за методикою «Четвертий зайвий». Наприклад, з ряду коза, курка, кішка і корова виділяється кішка, так як «вона живе в квартирі, і тому вона домашня, а всі інші живуть в сараї (на вулиці); вони вуличні, а не домашні тварини».

Експериментальні дані показують, що операція класифікації, в основі якої лежить виділення провідної властивості предмета, абстрагування від безлічі інших конкретних властивостей і особливостей предметів, викликає труднощі. Саме ця обставина і є причиною того, що хворі вдаються до конкретно-ситуаційного утворення груп. Наприклад, при пред'явленні предметних карток із зображеннями термометра, годинника, ваг і окулярів хворий на епілепсію

запропонував прибрати ваги, так як «їх в кишеню не покладеш, а все інше можна».

Особливо чітко виступає нерозуміння умовності і узагальненості пропонованого способу при поясненні хворими прислів'їв і метафор. Істинне значення прислів'я стає зрозумілим тільки тоді, коли людина абстрагується від конкретних фактів, які наводяться в прислів'ї, і конкретні одиничні явища набувають характеру узагальнення. Тільки за цієї умови здійснюється перенесення змісту прислів'я на інші ситуації. Таке перенесення схоже з перенесенням способу рішення з одного завдання на інше. За перенесенням стоїть узагальнення, за ним - аналіз, взаємопов'язаний з синтезом.

Найбільш грубим і часто зустрічається порушенням є *буквальне розуміння прислів'я*, що приводить до втрати його узагальненого сенсу. Наприклад, прислів'я «Куй залізо, поки гаряче» хворий на епілепсію інтерпретує так: «Залізо не можна кувати, коли воно холодне».

При роботі з методикою «Віднесення фраз до прислів'їв» випробуваням пропонуються окремі прислів'я і картки, на яких розкривається їх точний або наближений сенс. Наприклад, до прислів'я «Шила в мішку не сховаєш» пропонуються наступні фрази: «Швець лагодив шилом чоботи»; «Правду приховати неможливо»; «Швець з необережності впустив шило в

мішок». Труднощі завдання тут переносяться в іншу площину: потрібно не тільки зрозуміти абстракцію, а й виключити те, що не відповідає змісту прислів'їв.

*Зниження рівня узагальнення* проявляється і при дослідженні хворих методикою піктограм. Так, малюнки хворих на шизофренію відрізняються великою схематичністю і порожньою символікою. Образи, створювані хворими на епілепсію і розумово відсталими особами, носять конкретно-ситуаційний характер і свідчать про нерозуміння ними перенесення і умовності. Саме ці особливості проявляються в їх педантизмі, докладності і в'язкості.

Неузагальнений характер асоціацій у хворих на епілепсію і у розумово відсталих осіб виявляється і при проведенні завдань щодо встановлення послідовності подій. При розкладанні серії сюжетних картинок хворі керуються частковими деталями картинки, не пов'язуючи їх в єдиний сюжет. Виникаючі асоціації зумовлюються лише окремими, ізольованими елементами пред'явленої картинки. Сміслові взаємозв'язки між елементами ситуації не відіграють ніякої ролі у виникненні асоціації.

*Проблема опосередкованості.* Опановуючи в процесі свого розвитку значеннями слів, людина узагальнює об'єктивні зв'язки і відносини, управляє своєю поведінкою. Слово як засіб спілкування та

узагальнення утворює у своєму розвитку єдність і служить основою опосередкування.

Патопсихологічні дослідження показують, що розумова діяльність психічно хворих недосконало відображає предметний і людський світи і взаємозв'язки в них. У той же час повноцінний процес відображення об'єктивних властивостей і закономірностей явищ передбачає вміння абстрагуватися від конкретних деталей.

**Спотворення узагальнення** – це порушення операційної сторони мислення, є антиподом процесу зниження узагальнення. Воно спостерігається найчастіше у хворих на шизофренію. Спотворення узагальнення виражається у «відльоті» від конкретних зв'язків в надмірно спрощеній формі. Якщо у хворих на епілепсію рівень узагальнень характеризується конкретно-ситуативними зв'язками (і це означає зниження рівня узагальнення), то хворі на шизофренію відображають у своїх узагальненнях лише випадкову сторону явищ, предметний зміст яких ними не враховується і спотворюється. При вирішенні завдань у хворих на шизофренію актуалізуються лише випадкові асоціації. Зв'язки, якими оперують хворі, не відображають ні змісту явищ, ні смислових відносин між ними. Наприклад, хворі можуть об'єднувати вилку, стіл і лопату за принципом твердості в одну групу.

Завдання на класифікацію вони виконують або на основі таких загальних ознак, що це виходить за межі змістовної сторони явищ, або на підставі чисто зовнішніх, несуттєвих ознак. Наприклад: жук і лопата об'єднуються в одну групу з причини того, що «лопатою риють землю, а жук теж риється в землі».

Особливо чітко беззмістовний характер суджень виступає при виконанні піктограм. У них хворі встановлюють лише формальні, беззмістовні або вихолощені зв'язки. Умовність виконаних малюнків може доходити до абсурду і повної схематизації.

Наприклад, для запам'ятовування слова «сумнів» малюється сом. Інший хворий, для того щоб запам'ятати слово «сумнів», зображує глину, так як «у Глінки є романс «Сумнів», намалюємо глину».

У судженнях хворих на *шизофренію* домінують зв'язки, неадекватні конкретним життєвим відносинам. Виникає симптом вихолощеного резонерства. Особливо явно він проявляється при порівнянні та визначенні поняття. Наприклад, слово «годинник» визначається як «імпульс або пульс життєдіяльності всього людства». А порівнювані одним з хворих «сани і віз» визначаються ним як «видозміна видимості».

І. Павлов відзначав, що користування мовою – це перевага людини, але воно в той же час таїть в собі можливість відриву від дійсності, відходу в безплідну

фантазію, якщо за словом не стоять «найближчі» провідники дійсності. Через відсутність перевірки практикою розумова діяльність стає неадекватною, а думки перетворюються в «розумову жуйку». Парадоксально, але мова не полегшує виконання завдання, а ускладнює його, так як вимовлені слова викликають нові, часто випадкові асоціації, які хворими на шизофренію не розмежовуються. Резонерські судження хворих визначаються не стільки порушеннями їхніх уявлень, скільки прагненням підвести будь-яке незначне явище під певну «концепцію».

### ***Порушення динаміки розумової діяльності.***

Визнання рефлекторної природи мислення означає визнання його як процесу. С. Д. Максименко підкреслював, що звести мислення до операційної сторони і не враховувати його процесуальну сторону означає усунути саме мислення. Справжнім виявом мислення як процесу є ланцюг умовиводів, переходи в міркуванні. Порушення мислення в більшості випадків не зводяться до розпаду понять, а є динамічними порушеннями мислення. До них відносять лабільність та інертність мислення.

***Лабільність мислення.*** Порушення динаміки розумової діяльності можуть виражатися в лабільності або нестійкості способу виконання завдання.

*Лабільність мислення* – це чергування адекватних і неадекватних рішень. Рівень узагальнення в основному може не страждати, проте адекватний характер суджень може бути нестійким. Досягаючи в окремих випадках високих рівнів узагальнення, хворі епізодично збиваються на шлях неправильних або випадкових поєднань.

Лабільність мислення може виражатися в:

- ✓ чергуванні узагальнених і конкретно-ситуативних поєднань;
- ✓ підміні логічних зв'язків випадковими поєднаннями;
- ✓ утворенні однойменних груп (наприклад, представників робітничих професій).

Лабільність мислення часто виявляється у хворих на маніакально-депресивний психоз в маніакальній фазі хвороби. Маніакальні стани характеризуються підвищеним афективним станом і психомоторним збудженням. Хворі безперервно голосно говорять, сміються, жартують, супроводжуючи свою промову експресивною жестикуляцією та мімікою. Іноді викрикують окремі слова. Характерна надзвичайна нестійкість і розкиданість уваги. Виникаючі асоціації носять хаотичний характер і не гальмуються. Розуміючи сенс прислів'я, хворі не можуть на ньому зосередитися. Нерідко якесь слово в прислів'ї викликає

ланцюг асоціацій, які далеко відводять хворого від початкової теми.

У хворих виникає підвищена відволікаємість, як чуйна реакція на будь-який подразник, не спрямований на них. Одночасно характерна поява «вплетеностей», тобто введення в контекст завдань слів, що позначають предмети, які знаходяться поруч. Будь-яка фраза може спровокувати дії хворих, неадекватні змісту їхньої поточної діяльності.

***Інертність мислення.*** Ускладненість перемикання з одного способу роботи на інший називається інертністю мислення. Це порушення мислення протилежне за змістом попередньому. Зміна умов утруднює можливості узагальнення матеріалу. Інертність зв'язків колишнього досвіду призводить до зниження операцій узагальнення і абстрагування (наприклад, при здійсненні предметної класифікації). Хворі на епілепсію, з наслідками важких травм, а також розумово відсталі демонструють в'язкість мислення і своєрідне резонерство, що виявляється в докладності і зайвій деталізації. Вони демонструють сповільненість у виконанні інтелектуальних завдань та відчують значні труднощі при необхідності швидко переходити від однієї розумової операції до іншої.

При інертності мислення характерні затримки у відповідях, оскільки попередній подразник продовжує

впливати на мислення людини. Це означає, що слід від попереднього слова або питання заважає швидкій обробці нової інформації. У результаті, людина більше реагує на те, що було сказано раніше, ніж на те, що вимагається зараз. Наприклад, у завданні, де потрібно назвати протилежне слово, хворий може дати відповідь, пов'язану з попереднім словом, а не з поточним. Так, на слово «спів» він відповідає «мовчання», а на слово «колесо» – «тиша». Подібним чином, антонімами до слів «обман» і «голос» стають «віра» і «брехня».

***Порушення мотиваційного компонента мислення.*** Мислення є складною саморегульованою формою діяльності, яка визначається метою та поставленим завданням. Важливим етапом розумової діяльності є звіряння результатів з умовами задачі та передбачуваними підсумками.

Втрата цілеспрямованості мислення призводить не тільки до поверховості й незавершеності суджень, але й до того, що мислення перестає бути регулятором дій людини.

Джерелом людської дії є усвідомлена потреба. Така потреба для людини виступає у вигляді конкретних життєвих цілей і завдань. Реальна діяльність людини, спрямована на досягнення цих цілей і завдань, регулюється та коригується мисленням. Думка, породжена потребою, стає регулятором дії. Для того

щоб мислення могло регулювати поведінку, воно повинно бути цілеспрямованим, критичним та особистісно-мотивованим. Дослідники патопсихології вказували на необхідність формування насамперед мотиву дії, базуючись на теорії поетапного формування розумових дій.

Порушення мотиваційного компонента мислення виражається у спотворенні рівня узагальнення, коли хворі спираються у своїх судженнях на нереальні ознаки та властивості предметів (наприклад, ложка може бути об'єднана з автомобілем «за принципом руху», а шафа – з каструлею, тому що «в обох є отвори»). Особливо яскраво порушення мотиваційного компонента виявляється в різноплановості мислення та резонерстві.

***Різноплановість мислення.*** Під різноплановістю мислення розуміється протікання суджень у різних напрямках. Класифікація, виконана хворим з різноплановістю суджень, не має єдиного характеру. Під час виконання одного й того ж завдання хворі об'єднують картки то на підставі властивостей самих зображених предметів, то на основі особистих смаків і установок. Процес класифікації відбувається у випробовуваних у різних напрямках одночасно. Г. Біренбаум вказувала на цей симптом як на «минання суті».

Наприклад, хворий об'єднує в групу картки з наступними зображеннями: лопата, ліжко, ложка, автомобіль, літак, корабель і дає їм пояснення: «Залізні предмети, які свідчать про силу розуму людського». Хворі часто підміняють виконання завдання виявленням суб'єктивного до нього відношення. Наприклад, той же хворий, об'єднавши шафу, стіл, етажерку, прибиральницю та лопату в одну групу, пояснює це таким чином: «Меблі. Це група, що вимагає поліпшення життя. Лопата – емблема праці, а праця несумісна з шахрайством».

Парадоксальність установок, смислове зміщення призводять до глибокої зміни структури будь-якої діяльності. Істотним при цьому виступає те, що відповідає зміненим парадоксальним установкам хворих.

*Резонерство* – це безплідне мудрування, непродуктивні багатослівні міркування. Більш докладно описано в характеристиці синдромів порушень мислення.

***Порушення критичності мислення.*** Порушення мислення можуть виникнути і в тих випадках, коли відсутній постійний контроль над своїми діями та корекція допущених помилок. Виділяючи якості розуму, С. Д. Максименко вказував на критичність і характеризував її як вміння об'єктивно оцінювати хід

думки, ретельно зважувати всі аргументи «за» і «проти». При виконанні хворими експериментальних завдань виявляється група помилок, пов'язана з:

- ✓ бездумним маніпулюванням предметами;
- ✓ байдужим ставленням до власних помилок.

І. А. Мартинюк зазначає, що саме градація ставлення хворого до допущених помилок може певною мірою слугувати показником критичності розумової діяльності хворих.

Хворі на шизофренію здебільшого байдужі до власних помилок. Це пояснюється порушенням мотивації їхнього мислення. Хворі на епілепсію, навпаки, надзвичайно гостро переживають свої неправильні відповіді та помилки, однак оцінити якість відповіді вони не можуть. Їхня хвороблива реакція, скоріше, пов'язана з оцінкою їхньої відповіді експериментатором, ніж зі змістом відповіді.

### **Розлади мислення**

Розлади мислення розділяються на патологію асоціативного процесу і патологію суджень.

*Патологія асоціативного процесу.* Прискорення мислення виражається в тому, що умовно за одиницю часу утворюється більше асоціацій, ніж в нормі, при цьому страждає їх якість. Швидко змінюють один одного образи, уявлення, судження, умовиводи вкрай

поверхневі. Велика кількість і легкість нових асоціацій, спонтанно виникають від будь-якого зорового, звукового, нюхового та інших подразників, відображається в мовленнєвої діяльності, яка може нагадувати так звану кулеметну мову. Від безперервного говоріння хворі іноді навіть втрачають голос або ж він стає хриплим, шепотом.

Для цього варіанту порушення мислення характерна підвищена відволікаємість, що заважає хворому довести до кінця будь-яке починання. В голові так багато думок, що вони нерідко приймають характер скачки ідей (*fuga idearum*). При цьому розумовий процес і мовленнєва діяльність як би імітують незв'язність. Однак якщо цю промову записати на магнітофон і відтворити в повільному темпі, то можна визначити в ній якийсь сенс, мета, чого ніколи не буває при незв'язності мислення.

Іншим варіантом прискорення темпа мислення є ментизм (мантизм), який представляє собою виникаючий мимо волі хворого наплив думок. Потік образів, уявлень, спогадів обрушується на хворого в такому стрімкому темпі, що він не може впоратися з ними, втрачається від їхнього достатку, відчуває себе безпорадним. Деякі дослідники припускають, що ментизм – це різновид ідеаторного автоматизму, явища, яке часто спостерігається при синдромі Кандинського-

Клерамбо у пацієнтів з шизофренією або органічними психозами. Прискорення асоціативного процесу є обов'язковою похідною маніакального синдрому різного

*Патологічні судження* і умовиводи є порушенням змісту мислення. Це або помилкові судження, або думки, не помилкові самі по собі, але що займають в психіці хворого настільки значуща, домінуюче становище, що це призводить до неадекватної поведінки.

До розладів змісту мислення відносять марення, надцінні ідеї, нав'язливості, маячні ідеї (фантазії) і примітивні ідеї у осіб з розладами інтелекту.

*Марення відносин* – це психічний розлад, при якому людина переконана у негативному ставленні до неї з боку оточення. Вона вважає, що люди засуджують її, глузливо посміхаються чи «переморгуються». Через це хворий уникає суспільних місць та транспорту, щоб уникнути уявного недобррозичливого ставлення. Різновидом цього марення є марення особливого значення, коли звичайні події або предмети (наприклад, елементи одягу) трактуються як такі, що мають фатальний або прихований сенс, спрямований проти пацієнта.

Марення отруєння – стійка думка, що хтось хоче отруїти хворого.

Марення сутяжництва (кверулянтство) – наполеглива боротьба за уявні зневажені права.

Марення матеріального збитку – переконання, що сусіди постійно обкрадають.

Марення впливу – хибна думка, що на хворого дистанційно діють (гіпнозом, лазером тощо), щоб керувати його поведінкою.

Марення звинувачення – переконання, що оточуючі звинувачують у злочинах чи катастрофах.

Марення ревнощів – ірраціональна впевненість у невірності партнера.

Марення одержимості – переконання, що в тіло вселилася інша істота (демон, інша людина).

Марення глухих та марення чужомовного оточення – специфічні форми марення ставлення, коли людина впевнена, що оточуючі говорять про неї негативно, через обмежену інформацію (втрата слуху чи незнання мови).

Марення винахідництва – переконання, що хворий зробив видатне відкриття або винайшов щось геніальне.

*Нав'язливі ідеї (обсесії)* – хворобливі думки які виникають проти волі хворого, появу яких він емоційно переживає, оскільки ставиться до них критично, намагається позбутися, звільнитися від них, однак не

може цього зробити самостійно. Основні відмінні риси нав'язливих думок:

1. Нав'язливі думки мимовільні і навіть всупереч волі виникають у свідомості людини. Свідомість при цьому залишається ясною.
2. Нав'язливі думки не перебувають у видимому зв'язку з змістом мислення, вони носять характер чогось чужого, стороннього мисленню хворого.
3. Нав'язливі думки не можуть бути усунені вольовим зусиллям хворого. Хворий не в змозі від них звільнитися.
4. Нав'язливі думки виникають в тісному зв'язку з емоційною сферою, супроводжуються депресивними емоціями, відчуттям тривоги.
5. Залишаючись чужими для мислення в цілому, вони не відображаються на інтелектуальному рівні хворого, не призводять до порушень логічного ходу мислення, але їх наявність позначається на продуктивності мислення, розумовій непрацездатності хворого.
6. Болісний характер нав'язливих думок усвідомлюється хворим, до них існує критичне ставлення. Основна відмінність нав'язливої ідеї від маячної – критичне ставлення хворого до нав'язливих думок, що залишаються чужими для його мислення, його особистісної позиції. Нав'язливі думки мимоволі вторгаються в психіку хворого, він їх тяжко переживає,

розуміє їх безглуздість, але боротися з нав'язливими думками, протидіяти їм в більшості випадків не може, хоча і намагається від них звільнитися.

Найбільш часто нав'язливі думки носять характер нав'язливих сумнівів. Іноді нав'язливі сумніви настільки афективно насичені, що призводять до появи помилкових спогадів.

*Маячні ідеї* (бред) – це хибні, але абсолютно переконані у своїй правильності думки, які виникають на тлі психічного розладу та не піддаються корекції. Зміст цих ідей часто відображає сучасні суспільні та культурні реалії. За змістом марення поділяють на три основні групи:

*Переслідування (персекуторний бред)*: Пацієнт переконаний, що його переслідують «певні організації» або конкретні особи. Він вдається до конспіративних дій, постійно змінює маршрути та почувається жертвою полювання.

*Величі*: Хворий вважає себе надзвичайно важливою або впливовою особою.

*Самознищення (депресивний бред)*: Хворий переконаний у своїй нікчемності, винності або неминучій загибелі.

### *Питання для самоперевірки*

1. Що таке узагальнення в контексті мислення і чому воно є важливою операцією?
2. Які два основні типи порушень операційної сторони мислення виділяються в патопсихології?
3. Як проявляється зниження рівня узагальнення у поведінці та судженнях хворих?
4. Які особливості характерні для інтерпретації прислів'їв у хворих зі зниженим рівнем узагальнення?
5. Як виглядає мислення хворого на шизофренію при виконанні класифікаційних завдань?
6. Як проявляється лабільність мислення та в яких психічних станах вона найчастіше зустрічається?
7. Що таке інертність мислення та які її основні ознаки?
8. У чому полягає порушення мотиваційного компонента мислення?
9. Що таке різноплановість мислення? Наведіть приклад.
10. Як розпізнати порушення критичності мислення у хворого?

## **ТЕМА 4.2. ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ.**

### **ПЛАН**

1. Поняття про сприйняття та його порушення.
2. Види порушень сприйняття.

### **Поняття про сприйняття і його порушення**

**Сприйняття, перцепція** - система інтерпретацій чуттєвих даних, чуттєве пізнання предметів навколишнього світу, суб'єктивно представляється безпосереднім.

Порушення сприйняття є однією з ключових тем у патопсихології та нейронауках, оскільки саме завдяки сприйняттю ми формуємо уявлення про реальність. Наша реальність формується завдяки злагодженій роботі зорових, слухових, тактильних та інших сенсорних систем. Будь-яке порушення в цій системі може мати значний вплив на психічне та фізичне здоров'я людини, а також на її здатність взаємодіяти зі світом.

Порушення сприйняття проявляються в затрудненні пізнавання, в викривленні сприйманого матеріалу, в обманах почуттів, неправдивих пізнаваннях, порушенні узагальнення в перебудовах перцептивної діяльності.

### **Види порушень сприйняття**

**Поняття про ілюзії.** Ілюзіями називають помилкову зміну сприйняття реально існуючих предметів і явищ. Ілюзії можуть бути як у психічно хворих, так і у абсолютно здорових людей.

Ілюзії у здорових людей. У здорових людей можуть виникати *фізичні, фізіологічні ілюзії*, а також *ілюзії неуваги*.

*Фізичні ілюзії* ґрунтуються на законах фізики. Наприклад, сприйняття заломлення предмета на межі різних прозорих середовищ : наприклад, ложка в

склянці води здається заломленою, із цього приводу ще Р. Декарт казав: «Моє око її заломлює, а мій розум випрямляє». Подібною ілюзією є міраж.

*Фізіологічні ілюзії* пов'язані з особливостями функціонування аналізаторів. Якщо людина довго дивиться на потяг, що рухається, у нього з'являється відчуття, що склад коштує на місці, він як би мчить в протилежну сторону. При раптовій зупинці каруселі, що обертається, у людей, що сидять в ній, декілька секунд зберігається відчуття кругового обертання. По тій же причині маленька кімната, обклеєна світлими шпалерами, здається за об'ємом більшою, ніж в реальності. Чи повна людина, одягнена в чорне, здається стрункішою, ніж в реальності.

*Ілюзії неуваги* відзначаються, наприклад, в тих випадках, коли при надмірній зацікавленості фавбулою літературного твору психічно здорова людина не помічає очевидних граматичних помилок і друкарських помилок в тексті.

*Ілюзії, пов'язані з патологією психіки.* Ілюзії, пов'язані з патологією психічної сфери, зазвичай розділяються на афективні (афектогенні), вербальні і парейдоличні.

*Афективні ілюзії* виникають в ситуації афекта або незвичайного емоційного стану (сильний страх, надмірне бажання, напружене очікування і так далі), в ситуації недостатньої освітленості навколишнього простору. Наприклад, краватка, що висить, в напівтемряві може сприйматися як готова до стрибка кобра. Афективні ілюзії іноді відзначаються і у

здорових людей, бо це викривлене сприйняття пов'язане з незвичайним емоційним станом. Практично будь-яка людина може випробувати афективні ілюзії, якщо він один відвідає кладовище опівночі.

Самотня релігійна пацієнтка боялася вночі проходити повз балкон своєї квартири, оскільки в домашньому начинні, що зберігається на балконі, постійно бачила «спокусника».

*Вербальні, або слухові, ілюзії* з'являються також на тлі якого-небудь афекту і виражаються в помилковому сприйнятті сенсу розмов навколишніх людей, коли нейтральна мова сприймається хворим як загроза його життя, лайки, зневаги, звинувачення.

Хворий Н., що страждав алкоголізмом, нерідко на фоні ввімкненого телевізора чув (і бачив), як його запрошують розділити компанію «На трьох» абсолютно незнайомі йому «волохаті люди з хвостами», будинки, що вільно проходять через стіну.

*Парейдоличні (околоподібні) ілюзії* пов'язані з діяльністю уяви при фіксації погляду на предметах, що мають нечітку конфігурацію. При цьому розладі сприйняття носить химерно-фантастичний характер.

Хворий Н. бачив у візерунках зашарпаних шпалер все тих же, але значительно зменшених в розмірах волохатих людей з хвостами, які гостинно відкривали перед ним ворота в пекло, тримаючи для зустрічі в кожній руці по пляшці горілки.

Іноді ілюзії розподіляють по органах чуття: зорові, слухові, нюхові, смакові і тактильні. Слід підкреслити, що наявність лише афективних,

вербальних і парейдоличних ілюзій в ізольованому виді не є симптомом психічного захворювання, а лише свідчить про афективну напруженість або перевтому людини, тільки у поєднанні з іншими розладами психічної сфери вони стають симптомами певних душевних розладів.

Головною особливістю обманів почуттів при психічних захворюваннях є відсутність їх безпосередньої ідентифікації з реальними предметами і їх якостями.

**Поняття про агнозії.** Агнозія (від греч. gnosis – «знання») - це розлад пізнавання характеристик предметів і звуків. Виділяють зорові, тактильні і слухові агнозії.

*Зорові* агнозії проявляються в тому, що людина при збереженні достатньої гостроти зору не може впізнати предмети та їх зображення. Зорові агнозії підрозділяються на предметні, колірні, знакові і просторові.

*Тактильні* агнозії полягають в розладі упізнання предметів на дотик (астереогноз) або в порушенні впізнавання частин власного тіла, в порушенні представлень про схему тіла (соматоagnoзія).

*Слухові* агнозії проявляються в порушеннях фонематичного слуху, що визначає здатність людини до розрізнення звуків мови.

Для хворих з органічними ураженнями мозку явища агнозії полягають у виділенні в предметах то однієї ознаки, то іншої, але упізнати його, об'єднавши все ознаки, тобто здійснити синтез, вони не можуть.

Таким чином, процес сприйняття при психічних захворюваннях набуває характеру відгадування і ступінчастості пізнання предметів.

*Наприклад, при дослідженні хворої В. пред'явлену їй картинку із зображенням грабель вона інтерпретує таким чином; «Це щітка, може, для підлоги,, а може, і зубна. Але чому у неї такі рідкісні ворсинки? Ні, це не щітка. Може, це граблі? Але чому тут граблі? Навіщо? Не знаю, що це». Намальований на малюнку гриб хвора називає то стогом сіна, то лампою.*

Патопсихологічні дослідження свідчать про те, що хворі з нервово-психічними розладами демонструють, хоча і поетапно, тенденцію до впізнання конкретних зображень, але особливі труднощі при цьому викликає у них співвідношення схематичних малюнків з певною категорією предметів.

*Наприклад, при пред'явленні пунктирного зображення прес-пап'є хвора Н. називає цей предмет «якимись точками». При демонстрації їй силуетного зображення прес-пап'є вона говорить, що це «дивний предмет, схожий на корабель або човен». І тільки коли їй показують конкретно зображення цього предмета, вона його називає правильно.*

Частина хворих має інші особливості: їм важко упізнати предмет на малюнку, але вони можуть легко і в усіх подробицях описати його форму. При цьому слід зазначити, що у відповідях більшості хворих проявляється сумнів і невпевненість в правильності своїх висновків.

У хворих, описаних С.Д. Максименко, агностичні явища мали наступний характер. Вони дізнавалися форму, конфігурацію навіть тоді, коли останні пред'являлися тахископічно. Не дізнаючись предметів, вони могли їх описати. Так, наприклад, при тахископічному пред'явленні садової лійки хвора говорить: «Бочкоподібне тіло, щось кругле, посередині відходить на зразок палички з одного боку», інший хворий при тахископічному пред'явленні гребінця говорить: «Якась горизонтальна лінія, від неї донизу відходять маленькі, тоненькі палички». Іноді хворі могли намалювати предмет, не упізнаючи його.

Хвора В., 43 роки, по професії бібліограф. Діагноз: епідемічний енцефаліт (з історії хвороби). Захворіла в 1982 р. З'явилася різка сонливість, яка продовжувалася близько тижня і змінилася безсонням. Відзначалася слинотеча, лівобічний парез ноги і біль в області зовнішньої частини лівого плеча, підвищення температури. Мали місце ілюзії і галюцинації. На стінці навколо вентилятора «бігали миші», на підлозі стрибали фігури, крутилися «танцюючі пики». З цими явищами хвора поступила у лікарню. Через декілька днів з'явилися короткочасні розлади свідомості, хвора не могла знайти своєї палати, ліжка В 1983 р. була переведена в психіатричну клініку.

На час нашого дослідження психічний статус хворої змінився. Хвора в ясній свідомості, правильно орієнтована в навколишньому. Трохи амімічна. Тихий, мало модульовальний голос. Багато лежить, скаржачись на стомлюваність і головні болі.

Насилу і не відразу дає анамнестичні відомості, при цьому зупиняється на подробицях, що не мають відношення до суті питань. Мало читає, «не вистачає, - відзначає хвора, - живої уяви». Зовні добродушна, емоційна. Цей стан, однак, швидко змінюється дратівливістю, злостивістю, що доходять до афективної вибуховості. Разом з емоційною лабільністю відзначається в загальному бідне і досить однотипне афективне життя з дуже вузьким колом уподобань, байдуже ставлення до людей, до роботи, до суспільного життя, до літератури, раніше дуже улюбленої.

На цьому фоні загально емоційної одноманітності є зацікавленість в одужанні.

Експериментально-психологічне дослідження не виявляє будь-яких грубих змін розумової діяльності хворої. Хвора правильно засвоювала інструкцію, передавала добре зміст, підтекст прочитаної книги, розуміла умовний сенс прислів'їв, метафор. Виявилася лише деяка пасивність і відсутність зацікавленості в експериментальній ситуації.

Разом з тим патопсихологічне дослідження виявило грубі порушення впізнавання предметів. Хвора часто не впізнавала (40%) пред'явлених їй зображень. Так, намальований гриб вона називає «стіг сіна», сірники – «кристалами». Сюжет картини хвора не вловлює відразу, а лише, після тривалих фіксацій на окремих деталях. Процес сприйняття носить характер відгадування: «Щоб це могло бути - гребінець? На чому вона сидить - на кріслі, стільці? Щоб це могло бути - плита, корито?» При показі відомої картини

«Смертниця» хвора каже: «Що це за жінка, про що вона задумалась? На чому вона сидить? На ліжку? Що це за тіні?».

Наведемо дані протоколу дослідження.

**Протокол експериментально-психологічного дослідження хворої В.**

Пред'явлений малюнок (картки лото)	Опис хворої
Щітка зубна	Щітка, ймовірно для підлоги. А це що? Жовтенька паличка, ймовірно, бахрома.
Барабан	Горщик з пензликом. Експериментатор: може бути, що-небудь інше? Хвора: булка, яку кладуть в каструлю, а це - кренделик (на паличку). Схоже і на шапку, а це що таке?
Кнопки	Усередині трикутники, ймовірно, протоплазмова клітина
Пір'я	Пір'я
Пред'явлений малюнок (картки лото)	Опис хворої
Книга	Книга з бісерним почерком
Сірники	Це не може бути палаючими свічками: а може, це кристали в лампі?
Два барабани	Те ж саме, що і раніше, тільки дві штуки: знайоме і незнайоме. Експериментатор: дитяча іграшка. Хвора: може, кругла губка для столу?

Пір'я для туші	Смолоскипи (факели), котрі носять в театрах; або довгі ручки з пером
Олівець	Свічка, тут вже ясно, що свічка
Пензлик	Пензлик
Музична труба	Музичний інструмент, флейта або труба
Стручки	Рослина, морквина по формі, а по хвосту - ось не знаю
Літак	Це стрілка (вказує на хвіст літака). Це балкон, але при чому тут стрілка, дві ніжки?

Навіть при правильній назві у хворої завжди відзначався сумнів і невпевненість, вона шукає опорні пункти в малюнку для того, щоб підтвердити ними правильність свого висновку. Так, хвора дізналася зображення книги, але відразу наступали звичайні для хворої сумніви: «Хіба книга, це якийсь квадрат. Ні, у квадрата немає виступів і тут щось написано. Так. Це книга».

При такому вираженому порушенні впізнавання малюнків хвора прекрасно дізналася про геометричні форми, доповнювала незакінчені малюнки згідно структурним законам. Більше того, не пізнаючи предмет на малюнку, хвора прекрасно описувала його форму. Наприклад, не впізнавши малюнка барабана і шафи, вона описувала їх форму надзвичайно точно і навіть добре змальовувала їх.

У процесі дослідження виявилось, що реальні предмети хвора завжди добре дізнавалася і ускладнювалась при впізнаванні моделей з пап'є-маше (наприклад, хвора не впізнавала літака, насилу впізнавала собаку, меблі).

Таким чином, створювалася як би деяка ступінчастість її розладів. Хвора добре дізнавалася предмети, гірше дізнавалася моделі, ще гірше - малюнки предметів. Особливо погано вона дізнавалася ті зображення, які були схематично намальовані, у вигляді контурів. Тому виникло припущення, що причина ускладнення впізнавання, очевидно, викликається тією узагальненістю, формалізацією, яка властива малюнку. Для перевірки була проведена наступна серія експериментів: хворій подавалися зображення одних і тих же предметів в різному виконанні: а) у вигляді пунктирного контуру; б) у вигляді чорного силуету, в) у вигляді точного фотографічного зображення, іноді на фоні конкретних деталей, наприклад, поруч з прес-пап'є була намальована ручка і чорнильниця. Дані експериментального дослідження підтвердили наше припущення. Хвора абсолютно не впізнавала пунктирні, дещо краще, але все ж дуже погано дізнавалася силуетні зображення і краще - конкретні.

Таким чином, експеримент виявив позначену вище своєрідну ступінчастість впізнавання; останнім поліпшувалося в міру включення об'єкта в фон, який характеризується конкретними подробицями, забарвленням. Можна сказати, що, вловлюючи структурну оформленість малюнка, хвора як би не

осмислює того, що вона бачить, вона не в змозі віднести схематичний малюнок до певної категорії речей. Про це говорить і відгадувальний характер її пізнання, пошук опорних деталей («що це за точки, що вони означають?»), питальна форма її висловлювань («невже це був паркан?», «невже це гребінець?»).

Як вказує С.Д. Максименко, процес зорового аналізу перетворювався на серію мовних спроб розшифрувати значення сприймальних ознак і синтезувати їх в зоровий образ. Хвора не могла «з ока» сприйняти малюнок, процес сприйняття набув характеру розгорнутої дезавтоматизованої дії.

Про це свідчить наступний факт: дізнавшись фотографічне зображення, хвора не змогла перенести це впізнання на силуетне зображення. Після того як хвора дізналася в розфарбованому зображенні ножиці, експериментатор запитує: «А я вам показувала раніше цей предмет?» Хвора роздумує і каже з подивом: «Ні, я його бачу вперше; ах, ви думаєте, ті палички, які ви мені показували? Ні, це не ножиці». (Хвора при цьому малює їх по пам'яті). «Що ж це може бути? Я не знаю». Навіть тоді, коли їй вдається зробити перенесення, у неї залишається невпевненість. Дізнавшись розфарбований капелюх, вона говорить на контурну: «А це що, теж капелюх?» На ствердну відповідь експериментатора вона питає: «До чого тут ця лінія?» (вказує на тінь). Коли їй в подальшому експерименті знову висуюють цей малюнок, вона зауважує: «Ви тоді сказали, що це капелюх».

Наведені дані показали, що сприйняття порушується в своїй специфічно людській характеристиці як процес, що володіє функцією узагальнення й умовності; тому нам здавалося правомірним говорити про порушення узагальнюючої функції сприйняття. Про це говорять і способи, за допомогою яких можна було компенсувати цей дефект. Так, якщо експериментатор просив вказати певний предмет: («вказіть, де капелюх або де ножиці»), то хворі дізнавалися правильно. Таким чином, включення пред'явленого в певне коло значення допомагало пізнанню. Назва ж приблизного кола предметів, до якого належить даний об'єкт (покажіть меблі, овочі), допомагало менше. Тому слід було очікувати, що подібні агностичні розлади повинні особливо чітко виявитися і у дементних хворих.

***Поняття про галюцинації.*** Галюцинації – це розлади сприйняття, при яких пацієнт бачить, чує і відчуває, чого насправді в даній ситуації не існує. За образним висловом Ласега, ілюзії відносяться до галюцинацій, як лихослів'я до наклепів (в основі лихослів'я завжди є реальний факт, перевернутий або збочений, в той час як в наклепі немає навіть натяку на правду).

Галюцинації мають спільні та відмінні риси при порівнянні їх з уявленнями, які отримуються від реальних предметів. Для галюцинацій характерно наступне:

- ✓ галюцинаційні образи проектуються зовні. Хворі відносяться до галюцинацій як до реально сприйманих об'єктів;
- ✓ галюцинаторний образ, як правило, чуттєво забарвлюється. Яскравість вражень, чуттєвість образу переконують хворих в реальності галюцинацій;
- ✓ виникнення галюцинаторного образу супроводжується відсутністю підконтрольності.

Хворого неможливо переконати в тому, що галюцинаторного образу реально не існує.

Виділяють галюцинації по органам почуттів: артеріальні, слухові, нюхові, смакові, загального чуття (вісцеральні і м'язові).

Галюцинації бувають простими і складними. Прості галюцинації зазвичай локалізуються в межах одного аналізатора (наприклад, тільки слухові або тільки нюхові і ін.). Складні (комбіновані, комплексні) галюцинації – це поєднання двох і більше простих галюцинацій.

Наприклад, пацієнт бачить лежачого у нього на грудях величезного удава (зорові обмани сприйняття), який «загрозливо сичить» (слухові), хворий відчуває його холодне тіло і величезну тяжкість. (Тактильні галюцинації).

Крім того, галюцинації бувають істинними, більш характерними для екзогенних психічних захворювань, при яких пацієнт бачить відсутні в даний момент картини або чує неіснуючі звуки, і хибними (псевдогалюцинації), частіше зазначеними при

ендогенних розладах, зокрема шизофренії. По суті псевдогалюцинації включають в себе не тільки розлади сприйняття, але і патології асоціативного процесу, тобто мислення.

Хвора М., викладач одного з вузів, «внутрішнім поглядом» постійно бачила в своїй голові дві групи фізиків, американських і французьких. Ці групи крали один в одного «атомні секрети», випробовували в голові хворої атомні бомби, від яких у неї заковувалися очі. Хвора весь час подумки розмовляла з ними, то французською, то англійською мовами.

**Диференційно-діагностичні критерії галюцинацій.** Для відмежування істинних галюцинацій від помилкових, що має важливе значення для нозологічної імовірності захворювання, виділяють диференціально-діагностичні критерії.

1. *Критерій проєкції.* При істинних галюцинаціях відзначається проєкція галюцинаторного образу зовні, тобто хворий чує голос вухами, бачить очима, відчуває запах носом і т.д. При псевдогалюцинаціях відзначається проєкція образу всередині тіла пацієнта, тобто він чує голос не вухами, а головою, і голос розташовується всередині голови або в іншій частині тіла. Точно так само він бачить зорові образи всередині своєї голови, грудей або іншої частини тіла. При цьому хворий говорить, що всередині тіла перебуває ніби маленький телевізор. Псевдогалюцинації досить широко представлені і в художній літературі. Так, наприклад, принц Гамлет бачив привид свого батька «в оці свого розуму».

2. *Критерій підробленості.* Характерний для псевдогалюцинацій. Хворий впевнений, що демонстрація картинок в голові, вмонтуванні в голову телевізора і магнітофона, які записують його таємні думки, спеціально підлаштовано могутніми організаціями або окремими особами. При істинних галюцинаціях ніколи не буває відчуття підробленості, підлаштованості.

3. *Критерій об'єктивної реальності і чуттєвої яскравості.* Справжні галюцинації завжди тісно пов'язані з реальним оточенням і трактуються хворими як існуючі в реальності. Хворий бачить невеликого Кінг-Конга, який сидить на реальному стільці, в реальній кімнаті, в оточенні реальних студентів, коментує реальну телевізійну програму і п'є горілку з реальної склянки. Псевдогалюцинації позбавлені об'єктивної реальності і чуттєвої явності. Так, слухові псевдогалюцинації неголосні, невиразні, як би віддалені. Це ніби голос, ніби шепіт, і не жіночий, і не чоловічий, і не дитячий, і не дорослий. Іноді хворі сумніваються, чи голос це або ж звучання власних думок. Зорові псевдогалюцинації, нерідко яскраві, ніколи не пов'язані з реальним оточенням, частіше вони напівпрозорі, іконоподібні, пласкі і позбавлені форми та об'єму.

4. *Критерій актуальності поведінки.* Справжні галюцинації завжди супроводжуються актуальною поведінкою, бо хворі переконані в реальності галюцинаторних образів і поводяться адекватно їх змісту. При страхітливих образах вони відчувають

панічний страх, при голосах загрозливого характеру, що доносяться з сусідньої квартири, шукають допомоги в поліції і готуються до оборони або ховаються у знайомих, а іноді просто затикають собі вуха. Для псевдогалюцинацій актуальність поведінки не характерна. Хворі з голосами неприємного змісту всередині голови продовжують байдуже лежати в ліжку. Вкрай рідко можливі «адекватні» псевдогалюцинаціям вчинки. Так, наприклад, хворий, який тривалий час чув голоси, які виходять із великого пальця лівої ноги, намагався відсікти останній.

5. *Критерії соціальної впевненості.* Справжні галюцинації завжди супроводжуються почуттям соціальної впевненості. Так, хворий, який відчуває коментуючі галюцинації неприємного змісту, переконаний, що висловлювання про його поведінку чують всі мешканці будинку. При псевдогалюцинаціях хворі впевнені, що подібні явища носять суто особистий характер і переживаються виключно ними.

6. *Критерій спрямованості на психічне або фізичне «Я».* Справжні галюцинації спрямовані на фізичне «Я» хворого, в той час коли псевдогалюцинації завжди адресовані психічному «Я». Іншими словами, в першому випадку страждає тіло, а в другому - душа.

7. *Критерій залежності від часу доби.* Інтенсивність щирих галюцинацій посилюється у вечірній і нічний час. Такий закономірності при псевдогалюцинаціях, як правило, не відзначається.

**Види галюцинацій.** У психіатричній практиці найчастіше зустрічаються слухові (вербальні) галюцинації.

Слухові галюцинації можуть бути елементарними у вигляді шумів, окремих звуків (*акоазми*), а також у вигляді слів, промов, розмов (*фонем*). Крім того, слухові галюцинації поділяються на так звані *оклики* (хворий постійно чує, як його окликають за ім'ям), імперативні, коментуючі, загрожуючі, контрастуючі (контрастні), мовленнєво-рухові і т.д.

Хвора С., яка страждає шубоподібною шизофренією, так описала свої слухові галюцинації: «В ніч з 4-го на 5-е березня я дуже погано спала від страху, так як всю ніч чула різні голоси. Самий неприємний голос належать дияволу. Він сказав, що прийшов за мною, бо при моєму народженні він наклав на мене прокляття. Коли мені виповниться 36 років, я повинна буду піти в інший світ – в пекло. І ось настав цей день 5-е березня. Страшний голос диявола гарчав, що мені пора збиратися, що зараз він виверне навиворіт все моє внутрішнє! і – це пропуск в пекло. А в пеклі він виколе блакитні мої очі, проколе спину наскрізь, зірве з мене все. Він додав, що так роблять з усіма, хто надійшов в пекло. Інший голос, м'який і ніжний, з'явився для того, щоб я змогла замолити всі свої гріхи і врятувати світ від поганих чортів. Цей голос сказав, що якщо в даний момент я зможу подолати цю нечисту силу, життя моє зміниться і я стану через п'ять років всесвітньою цілителькою».

*Імперативні* (наказові) вербальні галюцинації виражаються в тому, що хворий чує накази, противитися яким він майже не може. Ці галюцинації несуть значну загрозу для оточуючих і самого хворого, так як «наказують» зазвичай вбити, вдарити, знищити, підірвати, викинути дитину з балкону, відрубати собі ногу і т.д.

Хворий Х. в день смерті матері почув «наказ з небес», забороняючий її ховати, так як «вона, як Ісус Христос, через три дні воскресне». Щоб запобігти тління, хворий обмотав труп матері плівкою і помістив в холодильник, де вона і пролежала не три дні, а три роки.

Хвора під дією імперативних голосів вистрибнула з шостого поверху і, потрапивши в замет, дивом залишилася жива. В подальшому те, що вона залишилася жива, її мати розцінила як факт психічного здоров'я («якби вона була хвора, то розбилася б, а раз вона змогла спланувати в замет, – значить, вона психічно здорова»). Це зайвий раз підтверджує мудрість народного прислів'я «Яблуко від яблуні недалеко падає».

*Коментуючі* вербальні галюцинації також вельми неприємні для хворого і виражаються в тому, що голоси постійно як би обговорюють всі вчинки хворого, його думки і бажання. Іноді вони настільки тяжкі, що єдиний спосіб позбутися від них хворий знаходить в самогубстві.

Хворий Н. постійно чув, як голоси коментують всі його дії в туалеті і рухи тіла в ліжку, і, за його словами,

це ж чули всі мешканці будинку. Щоб позбутися від «цих коментарів», хворий зробив спробу самоспалення.

*Загрозливі* вербальні галюцинації виражаються в тому, що хворі постійно чують словесні погрози в свою адресу: їх збираються зарубати, четвертувати, каструвати, змусити випити повільно діючу отруту і т.д.

Хворий К., який зловживав алкоголем, пізно вночі почув з прилеглої поліклініки голос лікаря, що загрожує «розібрати його на запасні частини», зокрема «забрати серце для пересадки президенту». Злякавшись, він побіг до відділку міліції, але по дорозі чув з боку голоси інших людей, що загрозували спалити його живцем, якщо тільки він посміє поскаржитися.

*Контрастуючі* (антагоністичні) вербальні галюцинації носять характер групового діалогу: одна група голосів гнівно засуджує хворого, вимагає витончено катувати та віддати на смерть, а інша боязко, невпевнено його захищає, просить відстрочки страти, запевняє, що хворий виправиться, перестане пити, стане кращим, добрішим. Характерно, що голоси не звертаються безпосередньо до хворого, а дискутують між собою. Іноді, втім, вони дають йому прямо протилежні розпорядження, наприклад, засипати і одночасно співати і робити танцювальні па. Цей варіант слухових обманів сприйняття є імперативним різновидом антагоністичних галюцинацій. До контрастуючих розладів відносяться також клінічні випадки, коли хворий одним вухом чує загрозливі, вороже налаштовані до нього голоси, а іншим доброзичливі, які схвалюють його дії.

Той же хворий К., який перебував один в квартирі, пізно ввечері почув групу голосів, з яких більшість дуже активно і наполегливо вимагали його четвертування або утоплення у ванні як недостойної людини, який розвалив сім'ю, який втратив через алкоголь роботу, пропив всі речі, включаючи одяг дитини. Інша група голосів як би його адвокати досить скромно і з великими сумнівами пропонували дати хворому останній шанс виправитися, закодуватися, повернути сім'ю. К. чув "це зібрання" всю ніч, намагався виправдовуватися, але його ніхто не слухав, голоси були зайняті дискусією між собою про його «нещасне життя або вже вирішену смерть».

*Мовнорухові* галюцинації Сегла характеризуються упевненістю хворого в тому, що хтось говорить його мовленнєвим апаратом, впливаючи на м'язи рота і мови. Іноді мовноруховий апарат вимовляє не чутні оточуючими голоси. Багато дослідників відносять галюцинації Сегла до різновиду псевдогалюцинаторних розладів.

Хворий І. під час бесіди з лікарем раптом несподівано почав говорити по-татарськи, на здивоване питання лікаря відповів, що говорив не він, його ротом управляв староста села, який погано розуміє і говорить по-російськи.

*Зорові галюцинації* в психопатології займають друге місце після слухових. Вони коливаються від елементарних (*фотопсії*) у вигляді диму, туману, іскр до *панорамних*, коли хворий бачить динамічні батальні сцени з множиною людей. Виділяють *зоопсії*, або

зоологічні зорові обмани у вигляді різних агресивних диких тварин, нападаючих на хворого (частіше вони відзначаються при алкогольній делірії).

Хворий Я. бачив безліч смердючих маленьких крокодилів, які з розкритою пащею заповзали до нього під ковдру і помалу відкушували його статевий орган і мошонку.

При *демономанічних* галюцинаціях хворий бачить образи містичних і міфологічних істот (біси, ангели, русалки, перевертні, вампіри і так далі).

Хворий С. був переконаний в тому, що його теща є родичкою Вія, він періодично бачив, як вона перетворюється на вампіра і висмоктує його кров. Іноді вона влаштовувала «криваві бенкети» з самим Дракулою, при цьому хворого завжди залишали на десерт, бо його кров «це і випивка, і закуска одночасно».

*Аутоскопичні* (дейтероскопічні), або галюцинації двійника - пацієнт спостерігає одного або декілька двійників, які повністю копіюють його поведінку і манери. Виділяють негативні аутоскопичні галюцинації, коли хворий не бачить свого відображення в дзеркалі. Аутоскопії описані при алкоголізмі, при органічних поразках скроневих і тім'яних відділів головного мозку, проявах гіпоксії після операції на серці, а також на тлі вираженої психотравмуючої ситуації. Аутоскопичні галюцинації, мабуть, відчували Гейне і Гете.

*Мікроскопічні* (ліліпутні) галюцинації, при яких обмани сприйняття носять зменшені розміри (безліч гномів, одягнених в надзвичайно яскравий одяг, як в ляльковому театрі), частіше зустрічаються при

інфекційних психозах, алкоголізмі і при інтоксикації хлороформом і ефіром.

Хворий М. бачив безліч маленьких, але у край озлоблених і агресивно налаштованих до нього щурів, які ганялися за ним по усій квартирі.

*Макроскопічні* обмани сприйняття перед хворим з'являються велетні, жирафоподібні тварини, величезні фантастичні птахи.

Хвора Ц. несподівано побачила себе в оточенні величезних літаючих, повзаючих і плаваючих, але однаково страхітливих ящерів, які полювали на неї. Хвора з жахом зрозуміла, що її «перенесли в «Парк юрського періоду».

*Політичні* галюцинації безліч однакових галюцинаторних образів, як би створених під копірку, відзначаються при деяких формах алкогольних психозів, наприклад при білій лихоманці.

Хворий М. у білій лихоманці бачив у своїй кімнаті пізно увечері безліч абсолютно однакових голих дівчат з однаковими пляшками горілки і абсолютно однаковими солоними огірками (закуска).

*Аделоморфні* галюцинації це зорові обмани, позбавлені чіткості форм, об'ємності і яскравості фарб, безтілесні контури людей, що літають в конкретному замкнутому просторі. Багато дослідників відносять аделоморфні галюцинації до особливої форми псевдогалюцинацій; характерних для шизофренічного процесу.

*Екстракамінні* галюцинації – хворий бачить куточком ока позаду себе поза полем звичайного зору

якісь явища або людей. Коли він повертає голову, ці видіння миттєво зникають. Галюцинації зустрічаються при шизофренії.

Хворий С. бачив куточком ока, як людина, що стоїть позаду нього, заносить руку з молотком для удару по його голові. Щоб уникнути удару, хворий постійно обертався, але жодного разу так і не побачив нападаючого.

*Геміанопсичні* галюцинації - випадання однієї половини зору, зустрічаються при органічній поразці центральної нервової системи (ЦНС.).

Галюцинації типу Шарля Бонне – завжди істинні обмани сприйняття відзначаються при ураженні якогонебудь аналізатора. Так, при глаукомі або відшаруванні сітківки відзначається зоровий варіант цих галюцинацій, при отитах – слуховий.

Хворий Ф., з повною втратою слуху постійно чує загрозливі голоси співробітників по роботі, що звинувачують його в симуляції, несумлінному відношенні до роботи, «якщо не сказати більше».

*Негативні*, тобто вселені, зорові галюцинації. Хворому в стані гіпнозу вселяють, що після виходу з гіпнотичного стану він, наприклад, не побачить на столі, заваленому книгами і блокнотами, абсолютно нічого. Дійсно, після виходу з гіпнозу людина впродовж декількох секунд бачить абсолютно чистий і порожній стіл. Ці галюцинації, як правило, недовговічні. Вони не є патологією, а швидше свідчать про міру гіпнабельності людини.

У діагностиці психічного захворювання велике значення надається тематиці зорових галюцинацій (як, втім, і слухових). Так, релігійні теми галюцинацій характерні для епілепсії, образи загиблих родичів і близьких - для реактивних станів, бачення алкогольних сцен для білої лихоманки.

*Нюхові галюцинації* є уявним сприйняттям украй неприємних, іноді огидних запахів трупа, що розкладається, жевріння, горілого людською тіла, випорожнень, смороду, незвичайної отрути із задушливим запахом. Нерідко нюхові галюцинації неможливо відрізнити від нюхових ілюзій. Іноді у одного і того ж пацієнта існують синхронно обидва розлади. Такі хворі нерідко відмовляються від їжі.

Хвора (впродовж тривалого часу) відмовлялася від сніданку, оскільки саме уранішня порція їжі мала запах хворої жінки, виписаної раніше, яку «в підвалі перевірили на котлети усьому відділенню».

Нюхові галюцинації можуть виникати при різних психічних захворюваннях, але передусім вони характерні для органічного ураження головного мозку із скроневою локалізацією (так звані унцинатні випадки при скроневої епілепсії).

*Смакові галюцинації* часто поєднуються з нюховими і виражаються у відчутті наявності в ротовій порожнині гнилизни, «мертвечини», гною, випорожнень і так далі. Ці розлади з однаковою частотою зустрічаються як при екзогенних, так і ендогенних психічних захворюваннях. Поєднання нюхових і смакових галюцинацій і ілюзій, наприклад

при шизофренії, вказує на злякисність течії останньої і поганий прогноз.

Хвора Х. тривалий час відмовлялася від їжі, оскільки їжа, що потрапила їй в рот, була завжди «із смаком несвіжого трупного людського м'яса».

*Тактильні* галюцинації є відчуттям дотику до тіла чогось гарячого або холодного (термічні галюцинації), появи на тілі якоїсь рідини (гігричні), схоплювання тулуба зі спини (гаптичні), повзання по шкірі комах і дрібних тварин (зовнішня зоопатія), наявність під шкірою «як би комах і дрібних тварин» (внутрішня зоопатія).

Деякі дослідники відносять до тактильних галюцинацій також симптом стороннього тіла в роті у вигляді ниток, волосся, тонкого дроту, описаний при тетраетилсвинцевому делірії. Цей симптом по суті є проявом так званих *ротоглоткових* галюцинацій.

Тактильні галюцинації вельми характерні для кокаїнових психозів, деліріозного затьмарення свідомості різної етіології, шизофренії. При останній тактильні галюцинації нерідко локалізуються в області статевих органів, що є несприятливою прогностичною ознакою.

Хворий У., який страждав алкоголізмом, несподівано вночі прокинувся від сильного болю в спині і до свого жаху зрозумів, що його товариші по чарці катують його включеним в мережу електричною праскою, вимагаючи визнання в тому, де він сховав недопиту напередодні пляшку горілки.

*Вісцеральні галюцинації* виражаються у відчутті в порожнинах тіла якихось дрібних тварин або предметів (в шлунку живуть зелені жаби, в сечовому міхурі вони розводять пуголовків).

Хвора Ц., жила в сільській місцевості, була переконана в тому, що разом з болотною водою вона проковтнула ікринку жаби, ікринка перетворилася в пуголовка, а потім і в дорослу лягушку. Близько року хвора ходила до єдиного в селищі лікаря з проханням видалити жабу оперативним шляхом. Зрештою, втомлений від її візитів недосвідчений лікар зімітував операцію: хворій дали наркоз, зробили розріз шкіри по середній лінії живота. Поки хвора перебувала під наркозом, реальну жабу посадили в банку і пред'явили її пацієнці, що на той час прийшла в себе. Хвора була щаслива кілька днів, але через тиждень прийшла до того ж лікаря із заявою про те, що жаба, яка жила в ній раніше, встигла до операції вимітати ікру, і тепер хвора вся «нафарширована» пуголовками.

*Функціональні галюцинації* виникають на тлі реального подразника і існують до тих пір, поки діє цей подразник. Наприклад, на тлі скрипкової мелодії пацієнт чує одночасно і скрипку, і «голос». Як тільки замовкає музика, припиняється і слухове галюцинування. Іншими словами, хворий сприймає паралельно і реальний подразник (скрипку), і голос імперативного характеру (що і відрізняє функціональні галюцинації від ілюзій, так як тут не відбувається трансформації музики в голос). Виділяють зоровий,

нюхово-смаковий, вербальний, тактильний та інші варіанти функціональних галюцинацій.

Хворому Ж. при шумі падаючої води у ванній кімнаті або при відкритому крані на кухні чув добірний мат сусіда з квартири – поверхом вище, спрямований на хворого. Ця «бесіда» миттєво припинялася при вимкненні води. Хворий, вельми недалеко людина, вирішив, що сусід-фізик навчився передавати свої думки через воду.

Близькі до функціональних *рефлекторні галюцинації*, які виражаються в тому, що при впливі на один аналізатор вони виникають з інших, але існують лише під час роздратування першого аналізатора.

Наприклад, при погляді на певну картину хворий відчуває дотик чогось холодного і мокрого до п'ят (рефлекторні гігрічні і термічні галюцинації). Але як тільки він відводить погляд від цієї картини, ці відчуття миттєво зникають.

*Кинестетичні (психомоторні) галюцинації* виявляються в тому, що у хворих виникає відчуття руху деяких частин тіла крім їх волі, хоча насправді рухів немає. Зустрічаються при шизофренії в рамках синдрому психічного автоматизму.

Хворий Н. відчув, як на його першому в житті побаченні його стегна, проти волі, стали фривольно обертатися.

*Гіпногічні та гіпнопомпичні галюцинації* з'являються у хворого перед засипанням: на тлі закритих очей виникають різні бачення, картини дії з включенням інших аналізаторів (слухового, нюхового і

1.Д.). Як тільки очі відкриваються, бачення миттєво зникають. І такі ж картини можуть з'явитися і в момент пробудження, також на тлі закритих очей. Це так звані просночні, або гіпнопомпичні, галюцинації.

Хвора М. на тлі закритих очей в бадьорому стані бачила нерухомий портрет загиблого сина і померлого дядька, які крутили пальці біля скроні, натякаючи хворій на її психічне нездоров'я.

Гіпногогічні та гіпнопомпичні галюцинації часто бувають першою ознакою інтоксикаційного психозу, що починається, зокрема алкогольного делірію.

*Екстатичні галюцинації* відзначаються в стані екстазу, відрізняються яскравістю, образністю, впливом на емоційну сферу хворого. Часто мають релігійний, містичний зміст. Можуть бути зоровими, слуховими, комплексними. Триваються тривалий час, відзначаються при епілептичному і істеричному психозах.

*Галюциноз-психопатологічний синдром*, який характеризується вираженими явними галюцинаціями на тлі ясної свідомості. При гострих галюцинозах критичного ставлення до хвороби у пацієнтів немає. При хронічному перебігу галюцинозу може з'явитися критика до галюцинаторних переживань. Якщо періоди галюцинозу чергуються зі світлими проміжками (коли галюцинації повністю відсутні), говорять про психічну диплопію.

При *алкогольному галюцинозі* відзначається велика кількість слухових галюцинацій, іноді супроводжуваних вторинними маячними ідеями

переслідування. Настає при хронічному алкоголізмі, може проявлятися в гострій і хронічній формі.

Хворий Г. після тривалого запою змушений був припинити пити горілку через виражену серцеву слабкість. На другий день абстиненції ввечері почув скребучі звуки за дверима, подумав, що це миші. Через деякий час чітко почув доноситься з того ж місця чоловічий голос: «Це не миші, а Міші, вони запрошують тебе випити на трьох за те, що ти кинув пити». Хворий з радістю погодився, збігав на кухню за склянкою, відкрив двері в коридор, але нікого там не виявив. Той же голос досить єхидно додав: «звик пити на халяву, гад». Далі слідувала ціла тирада ненормативної лексики. Розчарований хворий повернувся в кімнату і знову почув, як «Міші» звать його випити, чув звук текучої по склянках горілки, як вона булькає в горлі одного з приятелів, навіть відчув запах напою. Миттєво вискочив у коридор, не забувши прихопити склянку побільше, але нікого не виявив. Подібна біганина з кімнати в коридор тривалась по суті цілий тиждень. Зрештою, розлючений хворий зрозумів, що це «глюки», він купив пляшку горілки і, коли «Міші» запрошували його випити, говорив: «ви пийте там, а я буду пити тут». Він уже посміювався над голосами, дерзив, говорив їм, що насправді їх немає, що вони плід його «стомленого горілкою» мозку.

*Галюциноз педункулярний* виникає при локальному ураженні стовбура мозку в області третього шлуночка і ніжок мозку внаслідок крововиливу, пухлини, а також при запальному процесі зазначених

областей. Виявляється у вигляді рухомих кольорових, мікроскопічних зорових галюцинацій, що постійно змінюють форму, величину і положення в просторі. Вони, як правило, з'являються у вечірній час і не викликають у хворих страху або занепокоєння. До галюцинацій зберігається критика.

*Галюциноз Плаута*-поєднання вербальних (значно рідше — зорових і нюхових) галюцинацій з маренням переслідування або впливу при незмінній свідомості і з частковою критикою. Ця форма галюцинозу описана при сифілісі мозку.

*Галюциноз атеросклеротичний* зустрічається частіше у жінок. При цьому галюцинації спочатку є ізольованими, у міру поглиблення атеросклерозу відзначається посилення характерних ознак: ослаблення пам'яті, інтелектуальне зниження, байдужість до навколишнього. Втрачається критичне на перших етапах захворювання ставлення до галюцинацій. Зміст галюцинацій частіше нейтральний, стосується простих життєвих справ. З плином атеросклерозу галюцинації можуть приймати фантастичний характер. Відзначається, як впливає з назви, при церебральному атеросклерозі і при деяких формах старечого недоумства.

*Галюциноз нюховий* - велика кількість нюхових, частіше неприємних галюцинацій. Нерідко поєднується з маренням отруєння, матеріальної шкоди. Відзначається при органічній церебральній патології і при психозах пізнього віку.

Поняття про порушення сенсорного синтезу. У цю групу входять порушення сприйняття власного тіла, просторових відносин і форм навколишньої дійсності, вони дуже близькі до ілюзій, але відрізняються від останніх наявністю критики. Серед подібних порушень можна назвати деперсоналізацію-порушення схеми тіла, симптом вже баченого (пережитого) або ніколи не баченого і т. д.

*Деперсоналізація* - це переконаність хворого, в тому, що його фізичне і психічне «Я» якимось чином змінилося, але пояснити конкретно, що і як змінилося, він не може.

Виділяють різновиди деперсоналізації.

*Соматопсихічна* деперсоналізація-хворий стверджує, що змінилася його тілесна оболонка, його фізичне тіло (шкіра якась несвіжа, м'язи стають желеподібними, ноги втратили колишню енергійність і т.д.). Цей різновид деперсоналізації частіше зустрічається при органічних ураженнях головного мозку, а також при деяких соматичних захворюваннях.

*Аутопсихічна* деперсоналізація - пацієнт відчуває низовину психічного «Я»: стає черствим, індиферентним, байдужим або, навпаки, гіперчутливим, душа плаче з незначного приводу. Нерідко він навіть не може словесно пояснити свій стан, просто констатує, що душа стала зовсім іншою. Аутопсихическая деперсоналізація характерна для шизофренії.

*Алопсихічна* деперсоналізація - наслідок аутопсихічної деперсоналізації, зміна ставлення до навколишньої дійсності вже зміненої душі. Хворий

відчуває себе як би іншою людиною, змінилося його світовідчуття, ставлення до близьких, він втратив почуття любові, співчуття, співпереживання, боргу, здатність співучасті до раніше улюблених друзів. Дуже часто алопсихічна деперсоналізація поєднується з аутопсихічною для шизофренічного спектру захворювань.

До особливого виду деперсоналізації відноситься так звана *втрата маси тіла*. Хворі відчувають, як маса їх тіла неухильно наближається до нуля, на них перестає діяти закон всесвітнього тяжіння, внаслідок чого їх може забрати в космос (на вулиці) або ж вони можуть злетіти під стелю (в будівлі). Розуміючи розумом безглуздість подібних переживань, хворі, тим не менш, «для спокою душі» постійно носять з собою в кишенях або портфелі будь-які тяжкості, не розлучаючись з ними навіть в туалеті.

*Дереалізація* – це спотворення сприйняття навколишнього світу, відчуття його відчуження, неприродності, млявості, нереальності. Навколишнє бачиться як намальоване, позбавлене життєвих фарб, одноманітно-сіре і одновимірне. Змінюються розміри предметів, вони стають маленькими (мікропсія) або величезними (макропсія), надзвичайно освітленими (галеропсія), аж до почервоніння ореолу навколо, навколишнє забарвлене в жовтий (ксантопсія) або багряно-червоний (еритропсія). Змінюється почуття перспективи (порропсія), форма і пропорції предметів, вони здаються як би відображеними в кривому дзеркалі (метаморфопсія), перекрученими навколо своєї осі

(дисмегалопсія), предмети подвоюються (поліопсія), при цьому один предмет сприймається як безліч його ксерокопій. Іноді відзначається бурхливе переміщення навколишніх предметів навколо хворого (оптична буря).

Від галюцинації дереалізовані розлади відрізняються тим, що тут в наявності реальний об'єкт, а від ілюзій тим, що, незважаючи на спотворення форми, кольору і розміру, хворий сприймає цей об'єкт як саме цей, а не який-небудь інший. Дереалізація часто поєднується з деперсоналізацією, утворюючи єдиний деперсоналізаційно – дереалізаційний синдром.

Симптом *«вже баченого»*, *«вже пережитого»* виражається в тому, що в знайомій обстановці, наприклад в своїй квартирі, хворий відчуває, що він тут вперше і раніше цього не бачив. Ці симптоми короткочасні, тривають кілька секунд і нерідко зустрічаються у здорових людей в зв'язку з перевтомою, недосипанням, розумовою напругою.

Симптом *повороту об'єкта* проявляється в тому, що добре знайома місцевість здається перевернутою на 180 або більше градусів, при цьому у хворого може наступати короткочасне дезорієнтування в навколишній дійсності.

Симптом *«порушення почуття часу»* виражається у відчутті прискорення або уповільнення плину часу. Він не є чистим дереалізаційним, так як включає в себе і елементи деперсоналізації.

Дереалізаційні розлади, як правило, відзначаються при органічному ураженні головного

мозку. У короткочасних варіантах відзначаються і у здорових людей, особливо перенесли в дитинстві «мінімальну дисфункцію мозку».

*Порушення схем тіла* (синдром Аліси в Країні чудес, *аутометаморфозія*) – це спотворене сприйняття величини і пропорцій свого тіла і окремих його частин. Хворий відчуває, як починають подовжуватися його кінцівки, росте шия, голова збільшується до розмірів кімнати, тулуб то коротшає, то подовжується. Наприклад, голова зменшується до розмірів дрібного яблука, тулуб же досягає 100 м, а ноги простягаються від центру Землі. Відчуття схеми тіла можуть виступати ізольовано або в комплексі з іншими психопатологічними проявами, але вони завжди вкрай тяжкі для хворих. Характерною особливістю порушень схеми тіла є їх корекція зором. Подивившись на свої ноги, хворий стверджує, що вони звичайних розмірів, а не багатометрові; подивившись на себе в дзеркало, він виявляє нормальні параметри своєї голови, хоча і відчуває, що голова в діаметрі досягає 10 м. Корекція зором забезпечує критичне ставлення хворих до вказаних розладів, однак при припиненні контролю зором пацієнт знову починає відчувати болісне відчуття низовини параметрів свого тіла. Порушення схеми тіла часто відзначається при органічній патології головного мозку.

### **Порушення мотиваційного компонента сприйняття**

С. Д. Максименко писав, що сприйняття відображає все різноманітне життя особистості, а при

зміні особистого ставлення змінюється і перцептивна діяльність.

Процес сприйняття залежить від того, які мотиви спонукають і направляють діяльність випробовуваних. Одночасно виявляються відмінності в перцептивній діяльності здорових і хворих людей. Про значення особистісного фактора в перцептивній діяльності говорять дані, отримані при дослідженні хворих з лобовим синдромом. У них виражені порушення підконтрольності, довільності, поведінка відрізняється аспонтанністю. Такі особи насилу впізнають предметні, силуетні, намальовані пунктиром або затушовані малюнки. Вони не можуть передавати сенс картин, що зображують послідовні події.

Пацієнти з хворобою Піка (при атрофічному ураженні мозку) не в змозі об'єднувати предмети, що їм пред'являють в єдине ціле. Аналогічні порушення спостерігаються і у хворих з прогресивним паралічем (при ураженні лобових часток). Такі хворі не можуть розподілити правильно серію сюжетних картинок і обмежуються лише описом окремих їх фрагментів. Наведені приклади показують, що істотну роль в гностичних порушеннях у цих осіб відіграють порушення підконтрольності, неможливість зв'єрення своїх дій з пропонованим результатом.

Вченими доведено, що діяльність сприйняття включає в себе основну характеристику людської психіки *небезсторонність*. З цього випливає, що процес сприйняття будується по-різному в залежності від того, які мотиви будуть спонукати і направляти діяльність

випробовуваних. Можна очікувати, що перцептивна діяльність у хворих і здорових людей буде мати різну структуру. Патопсихологічні дослідження показують, що діяльність випробовуваних може визначатися впливом двох мотивів — мотивом експертизи і власним мотивом сприйняття. Власний мотив сприйняття грає роль додаткового стимулу. Спільна дія обох мотивів може забезпечити змістовну інтерпретацію картинок.

Експериментальні дослідження науковців-патопсихологів доводять, що сприйняття істотно залежить від структури діяльності, що реалізується суб'єктом. Особлива роль належить її мотиваційному компоненту, що визначає спрямованість, зміст і сенс перцептивного процесу. У разі нормального розвитку психіки зміна мотивації призводить до переструктурування діяльності людини, а характер сприйняття обумовлюється провідним, смислоутворюючим мотивом.

При патологічному процесі смислоутворення виникає ряд особливостей. Так, у шизофреніків смислоутворюючий процес утруднений настільки, що експеримент не дозволяє сформулювати їх діяльність. Хворі на епілепсію, навпаки, демонструють надзвичайну легкість, з якою експериментально створений мотив стає смислоутворюючим. Ці особливості процесу смислоутворення впливають і на сприйняття. Особи, які страждають на шизофренію, в умовах по-різному мотивованої діяльності лише формально описують структуру картинок, не висуваючи гіпотез щодо сюжету або об'єкта

зображення. Для хворих з епілепсією характерна гіперболізація смислових утворень, що призводить до виникнення гіпотез драматизації. Виникає агравація змісту сюжету. Отже, факти доводять, що зміна мотиваційного компонента змінює структуру сприйняття.

У хворих на епілепсію зміна інструкції призвела до повного переструктурування діяльності. Хворі з ентузіазмом приступають до завдання, довго із задоволенням описують картинки. Різко скоротилася кількість формальних висловлювань. Гіпотези стають значно більш емоційними, часто супроводжуються розлогими міркуваннями. У своїх відповідях хворі не стільки дають інтерпретацію картинок, скільки прагнуть продемонструвати своє ставлення до подій або персонажам. Часто це досягається шляхом приписування героям певних ролей. Довгі замислуваті монологи героїв коментуються «автором», разом з припущенням про сюжет дається оцінка діючим особам або подіям.

Гіпотези перетворюються в «драматичні сценки». Вживання прямої мови, співуча інтонація, іноді римування і спроба римувати надають відповідям виняткову емоційність. Наведемо для ілюстрації виписку з протоколу хворого Г.

Хворий Г., 1989 року народження, за освітою зоотехнік. Діагноз: епілепсія зі змінами особистості. Хворий знедужає з 2003 р, коли з'явилися перші судомні напади. В останні роки відзначалися погіршенням пам'яті, дисфорією, дратівливістю. Для мислення

хворого характерні конкретність, схильність до деталізації. Контактний на дослідження реагує із зацікавленістю, повідомляє, що «завжди любив фантазувати».

Під час показу карток з нечіткою ілюстрацією відображення світла фар на бруківці, каже: «Настає вечір, збираюся я гуляти і тільки чекаю, як милу зустрічати, йдемо ми в парк, щоб потанцювати. І зустрічаюся я з нею і – до улюбленого місця, де зустрічалися, недалеко від парку, де люстри відображалися».

Деякі зміни спостерігаються і в діяльності хворих на шизофренію. У порівнянні з попереднім варіантом вдвічі зменшилася кількість формальних відповідей, у деяких хворих вдалося створити направленість на розкриття змістовної сторони картинок. Проте, у 30% хворих збереглися формальні констатації і відмови. У хворих на шизофренію відзначався той виражений комплекс емоційних реакцій, який характеризує саме діяльність.

Результати, отримані в ході експерименту, показали, що діяльність здорових досліджуваних приймає вид розгорнутого рішення перцептивної задачі. Відбувається пошук інформативних елементів зображення, їх зіставлення, побудова і перевірка гіпотез. Формальні описи, неадекватні гіпотези зустрічаються лише при утрудненнях у визначенні змісту картинок і складають проміжний етап в інтерпретації. Наведемо приклад опису про одного

здорового досліджуваного, якому надавалися картки із зображенням групи чимось схвильованих жінок.

«Перше, що кидається в очі, це обличчя жінки, можливо, матері. До неї тягнеться хлопчик, обличчя його схоже з виразом обличчя жінки, матері. Справа літня жінка, можливо, мати. Вона щось говорить, заспокоює ... Пляма на спині у хлопчика...кров? Тоді можна пояснити, чому так відчайдушно дивляться люди... Чому на першому плані жінки з дітьми, а чоловіки в стороні? Якби це було зіткнення, то чому з жінками і дітьми? У той же час голова хлопчика дуже природно лежить па плечі жінки, так що ця версія відпадає... Швидше за все, це момент, коли у людей забирають щось дуже дороге. Можливо, з будинку виселяють... з іншого боку, через будинок так не страждають. Можливо, щось сталося з чоловіками... Так, мені здається, це вокзал, і чоловіків кудись відвозять, тому у жінок такі обличчя».

Сформульована випробуванім гіпотеза є, таким чином, підсумком тривалого поетапного процесу міркування. Цікавим є порівняння цих даних з результатами дослідження хворих на епілепсію. Хворі надавали великого значення експериментальному дослідженню, ставилися до завдання як до своєї рідної експертизи розуму. Показ картинок викликає обставинний, деталізований опис зображень. При цьому поряд з інформативними елементами, на основі яких може бути побудована гіпотеза, залучаються деталі, що не несуть ніякого змістового навантаження.

Хворий О. 1980 року народження, освіта дев'ять класів. Діагноз: епілепсія травматичного генезу зі зміною особистості по епілептичному типу. Психічний статус: в'язкий, інертний, багатослівний, ґрунтовний, схильний до резонерства.

Наводимо висловлювання хворого при пред'явленні картинок, про які говорилося раніше.

«На цій картинці зображено декілька людей. Зліва стоїть жінка, біля неї інша. Волосся темне у неї. Вона склала руки на грудях і плаче. До неї біжить хлопчик, піднявши руки, начебто, заспокоїти хоче... Ззаду хлопчика жінка тримає дитину або вона на чомусь сидить, притулившись до неї, пригорнув її правою рукою... У лівому кутку ще дві жінки стоять...» тощо.

Наведений приклад показує, як діяльність, що була спочатку спрямована на змістовну інтерпретацію картинки, перетворюється в скрупульозний опис окремих фрагментів. У деяких випадках це гальмує процес висунення гіпотез, приводячи до виникнення формальних відповідей.

Діяльність хворих на шизофренію має інший вид. Незважаючи на «інтелектуальну» спрямованість дослідження, хворі не виявляли інтересу до завдання, не реагували на оцінку експериментатора, не коригували свої помилки. Діяльність хворих характеризується надзвичайною згорнутістю, відсутністю пошукової активності. Висловлювання хворих вкрай лаконічні, малоемоційні і, в основному, хворі узагальнено констатують деякий сюжетний або предметний зміст картинок: «Яке нещастя», «Людина задумалась».

Аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що зміна мотивації обумовлює різну структуру діяльності, відповідно до чого змінюється місце і зміст процесу сприйняття. З введенням змістоутворюючих мотивів формується нова мотиваційна структура, що є різною в нормі та в патології.

### *Запитання для самоперевірки*

1. Що таке мислення, і які його основні функції?
2. Які основні види порушень мислення ви знаєте?
3. Як проявляється зниження рівня узагальнення в мисленні?
4. У чому полягає спотворення узагальнення, і які можливі причини цього порушення?
5. Що таке лабільність мислення, і як вона впливає на когнітивну діяльність?
6. Як інертність мислення відрізняється від лабільності, і в яких випадках вона зустрічається?
7. Що таке різноплановість мислення, і чому вона вважається порушенням мотиваційного компонента?
8. Як проявляється резонерство, і які його основні ознаки?
9. У чому полягає порушення критичності мислення, і як це впливає на поведінку людини?
10. Які основні форми розладів мислення, пов'язані з патологією асоціативного процесу?

- 11.Що таке патологія суджень, і які її основні різновиди?
- 12.Що таке сприйняття, і які його основні механізми?
- 13.Які основні види порушень сприйняття, і як вони проявляються?
- 14.Як відрізняються ілюзії від агнозій, і які існують основні види агнозій?
- 15.У чому полягає деперсоналізація та дереалізація, і як вони впливають на сприйняття реальності?

## **ТЕМА 5. ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ**

### **ПЛАН**

1. Етіопатогенез розладів мовлення.
2. Функції мовлення.
3. Порушення мовлення.
4. Порушення вимовної функції
5. Порушення ритму мовлення

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови подається таке визначення поняття «мовлення»: «1. Здатність людини говорити, висловлювати свої думки. 2. Сукупність довільно відтворюваних загально-прийнятих у межах даного суспільства звукових знаків для об'єктивно існуючих явищ і понять, а також загальноприйнятих правил їх комбінування у процесі вираження думок» [ с. 682 ].

У термінологічному словнику укладачами О. Ганич, І. Олійник дається визначення поняття «мовлення»: «Найважливіший засіб спілкування людей, тобто засіб вираження і повідомлення думок, почуттів і волевиявлень людини. Мовлення нерозривно пов'язана з мисленням і служить не тільки засобом вираження думок, а і знаряддям думки, засобом формування і оформлення думки... 2. Будь-яка мовленнєва система, що відтворює одну з функцій природної мови або функціонує як її замітник...». Тобто, мовлення – це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем.

*Причини порушень мовлення* за періодом появи зазвичай ділять на пренатальні, перинатальні, постнатальні (ранні/пізні).

1) Пренатальні (допологові) під час вагітності:

- генетичні чинники, вроджені вади розвитку (у т.ч. ЦНС і мовленнєвого апарату);
- внутрішньоутробні інфекції (TORCH: токсоплазмоз, краснуха, ЦМВ, герпес тощо);
- інтоксикації: алкоголь, наркотики, деякі ліки (тератогенні), токсичні речовини;
- соматичні хвороби матері, ендокринні порушення, резус-конфлікт, гіпоксія плода;
- стреси, радіація/шкідливі виробничі фактори.

2) Перинатальні (пологи + перші дні життя):

гостра гіпоксія/асфіксія, ішемія мозку, пологова травма (у т.ч. шийного відділу, внутрішньочерепні крововиливи), недоношеність, дуже мала маса тіла, незрілість нервової системи, тяжка неонатальна жовтяниця (гіпербілірубінемія) з ризиком ураження ЦНС, неонатальні інфекції, судомні стани.

3) Постнатальні (після народження). Ранні постнатальні (перші 3 роки):

- нейроінфекції (менінгіт, енцефаліт) та їх наслідки;
- ЧМТ (удари, падіння), токсичні ураження;
- епілептичні енцефалопатії, інші неврологічні хвороби;
- порушення слуху, часті/тривалі отити;
- соціальна депривація, педагогічна занедбаність.

У формуванні мовленнєвої функції беруть участь мозкові анатомічні структури:

- акустичний аналізатор – зумовлює гнозис мовлення (впізнавання різних звуків та звукових рядків), розміщується у задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;

-кінетичний аналізатор – відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної кулі.

### **Функції мовлення**

*Функції мовлення:* номінативна, змістова, позначальна – проявляється у віці до 7 місяців, визначає розуміння дитиною значення вживання

звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;

комунікативна, регулююча – з'являється у перші місяці життя дитини – це реакція на голос матері. Розвиток дитини залежить від її потреб у спілкуванні, а мовлення – це засіб реалізації цих потреб, у разі відсутності спілкування функція мовлення не розвивається, або формується з запізненням. Комунікативна сфера дитини тісно пов'язана із емоційно-вольовим розвитком, мовлення має функції регулювання поведінки.

*Структура мовлення:*

фонематика (фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовлення); граматикика – устрій мови (форма словозмін, словосполучень, типи речень); лексика – (уся сукупність слів мови чи діалекту).

## **Порушення мовлення**

*Порушення мовлення* це сукупність порушень процесів формування, відтворення та сприймання усного й писемного мовлення, що виникають унаслідок органічних або функціональних уражень центральної чи периферичної нервової системи та проявляються частковою або повною втратою здатності до мовленнєвої комунікації.

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) – характеризується загальмуванням темпу формування відносно 4 етапів його розвитку, виникає при депривації.

Загальний недорозвиток мовлення – порушення дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора), який проявляється в порушенні всіх сторін мовлення (лексичної, граматичної та фонетичної) і має 3 рівні:

1- відсутність мовлення або слова односкладної структури;

2 – речення з не правильною граматичною структурою і спотвореною вимовою звуків;

3- страждає лексико-граматична структура мовлення.

Алалія – характеризується відсутністю і вродженою незрозумілістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів:

- моторна алалія – розуміє мовлення, але не може висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (уражена зона Брока);

- сенсорна алалія – не розуміє мовлення (уражена зона Верніке);

- сенсомоторна алалія – порушення сприйняття та відтворення мовлення.

Афазія – повна або часткова втрата мовлення, через ураження мовленнєвих чи інших зон:

- моторна афазія – неспроможність до висловлення, побудови слів і речень, але збережена функція розуміння мовлення;

- акустико-гностична афазія – порушення розуміння мовлення, її фонетики;

акустико-мнестична – порушення можливості повторення 3-4 слів, втрачається сприймання складних фраз, підбору речень, порушення читання і письма;

- семантична афазія – не може підібрати необхідне слово, важко скласти складні за змістом речення, порушення операцій лічби.

### **Порушення вимовної функції**

*Порушення вимовної функції* мовлення характеризуються відхиленнями у процесі артикуляції та фонетичного оформлення звуків, що зумовлює спотворення, заміну, пропуск або нечіткість звуковимови й негативно впливає на зрозумілість усного мовлення:

- дислалія – порушення звуковимови, при збереженні слуху та інтелекту;

- дизартрія – порушення звуковимовної та просодичної сторони мовлення (темп, ритм, інтонація),

яке зумовлене недостатньою інервацією органів артикуляції внаслідок органічного ураження ЦНС.

### **Порушення ритму мовлення**

*Порушення ритму мовлення* це розлади темпо-ритмічної організації мовленнєвої діяльності, що проявляються нерівномірністю темпу, надмірною пришвидшеністю або уповільненістю мовлення, а також збоями в плавності та послідовності мовленнєвого потоку:

- заїкання – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, через судоми у артикуляційному, голосовому та дихальному апараті;

- браділалія – патологічно уповільнений темп мови. При брадилалії мова надмірно сповільнена, з розтягуванням голосних звуків, з млявою, нечіткою артикуляцією. Часто відзначається уповільнений темп як зовнішньої, а й внутрішньої промови;

- тахілалія – це порушення усного мовлення, що проявляється прискоренням його темпу.

Порушення комунікативної функції мовлення це недорозвинення комунікативної функції мовлення, як засобу спілкування та організації поведінки дитини – мутизм.

*Перелік питань для самоконтролю*

1. Етіопатогенез мовних розладів.
2. Роль акустичного та кінетичного аналізатору у функції мовлення.
3. Функції мовлення: номінативна, змістова, позначальна.
4. Три рівні загального недорозвитку мовлення.
5. Поясніть поняття: зона Брока.
6. Поясніть поняття: зона Верніке

## **ТЕМА 6. ПОРУШЕННЯ ОСОБИСТОСТІ. ПОРУШЕННЯ І АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ**

### **ТЕМА 6.1. ПОРУШЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ПЛАН**

1. Загальне поняття про порушення особистості.
2. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.
3. Формування патологічних потреб та мотивів.
4. Порушення змістоутворення.
5. Порушення контролю над поведінкою.

#### **Загальне поняття про порушення особистості**

**Поняття «особистість».** Особистість – це поняття, вироблене для відображення соціальної природи людини, розгляду її як індивіда, як суб'єкта соціокультурного життя, що розкривається в контекстах

соціальних відносин, спілкування і предметної діяльності (за Новітнім психологічним словником).

Особистість – це соціально зумовлена система психічних якостей індивіда, що визначається залученістю людини до конкретних суспільних, культурних, історичних відносин.

Під «особистістю» розуміють стійку систему соціально значущих рис, що характеризують особу як члена того чи іншого суспільства або спільноти. Поняття «особистість» характеризує суспільну сутність людини, пов'язану з засвоєнням різноманітного виробничого і духовного досвіду суспільства. Деякі теорії особистості не включають в неї біологічні характеристики людини, інші, приміром, фрейдизм, надають біологічним чинникам визначального значення. Більш виваженим є трактування особистості як динамічної єдності біологічного та соціального.

Не слід змішувати поняття «особистість» та «особа». Під особою розуміють людського індивіда як суб'єкта відносин і свідомої діяльності. Ці два поняття – особа як цілісність людини і особистість як її соціальний і психологічний образ – термінологічно цілком різні.

*Особистість характеризують такі ознаки:*

- ✓ розумність (визначає рівень інтелектуального розвитку);

- ✓ відповідальність (рівень розвитку почуття відповідальності, уміння керувати своєю поведінкою, аналізувати свої вчинки і відповідати за них);
- ✓ свобода (здатність до автономної діяльності, прийняття самостійних рішень);
- ✓ особиста гідність (визначається рівнем вихованості, самооцінки);
- ✓ індивідуальність (несхожість на інших).

*Особистість визначають:*

- ✓ неповторні фізичні якості,
- ✓ психічні процеси,
- ✓ темперамент,
- ✓ характер,
- ✓ здібності,
- ✓ мотивація
- ✓ потреби,
- ✓ інтереси.

## *2. Класифікація розладів особистості*

Розлади особистості або психопатії є стійкими виразними аномаліями особистості (переважно емоційної та вольової сфери при збереженні інтелекту), що проявляються дисгармонійністю характеру створюючи проблеми для соціальної адаптації індивіда.

Психопатії відносяться до непрогресивних захворювань, але протягом життя їм властива деяка

динаміка. Потрібно проводити межу головним чином між психопатіями та акцентуаціями особистості.

Акцентуації особистості - крайній варіант норми, надмірна вираженість окремих рис характеру, що обумовлює вибірккову уразливість індивіда лише до певних психогенних впливів.

С. Д. Максименко акцентував увагу на чітких критеріях діагностики психопатій:

- стійкість психопатичних проявів це сталість ознак розладу особистості, неможливість їх «зникнення» з плином часу;

- їх тотальність це охоплення патологічними проявами характеру всієї структури особистості;

- соціальна дезадаптація особистості є складність, а часом і повна неможливість існування такої особи у даному середовищі.

Існує два основних підходи до класифікації психопатій. Перший є описовим, що застосовує такі терміни як «слабовольний» або «агресивний». Другий є описово-етіологічним, тому що він відзначає різні типи психопатій у відповідності з синдромами психічних захворювань, які вони нагадують. Наприклад, тип особистості, що характеризується ексцентричністю і емоційальною холодністю, називають шизоїдним, тому що ці риси схожі з деякими ознаками, які виявляються у хворих на шизофренію; до того ж

припускається, що вказані риси особистості і це психічне захворювання мають спільну причину.

Обидва підходи об'єднані у міжнародній класифікації хвороб, в одних випадках провідним фактором в розвитку психопатій є конституціональний («ядерні психопатії»), у інших - фактор психогенного впливу оточуючого середовища («патохарактерологічний розвиток»). Питання про те, чи варто класифікувати як психопатію ті набуті форми патології характеру, які виникають під впливом психогенних факторів, залишається суперечливим.

З січня 1999 року психіатри України користуються такою класифікацією розладів особистості:

- ✓ параноїдний;
- ✓ шизоїдний;
- ✓ дисоціальний;
- ✓ емоційно-нестійкий (імпульсивного і суміжного типів);
- ✓ істеричний (демонстративний);
- ✓ ананкастичний (обсесивно-компульсивний);
- ✓ тривожний;
- ✓ мозаїчний.

### *3. Характеристика розладів особистості.*

**Параноїдальний розлад.** Найбільш характерними особливостями характеру для таких пацієнтів є

інертність, косність, негнучкість емоційного реагування, вузькість інтересів, знижена здатність до переключення асоціацій, егоїзм, надмірна самовпевненість, схильність до утворення надцінних ідей, які «заповнюють психіку і впливають на всю поведінку», гіперстенічність і гіперактивність, схильність до неадекватного правдодомагання, прямолінійність, недовірливість і підозрілість, похмурість і злопам'ятність, нетерпимість до будь-яких зазіхань на їх особисті інтереси, акуратність, скупість. Їх в'язке і малорухливе мислення різко афективно забарвлене – «крива логіка афективного мислення».

Параноїдні психопатії формуються пізніше, ніж інші форми, і дуже часто при них спостерігається тенденція до патологічного (паранойального) розвитку особистості. В «чистому» вигляді (без ознак патологічного розвитку) вони зустрічаються не так часто.

Параноя (манія переслідування; дав.-гр. *παράνοια* «божевілля, безумство») хронічне психічне захворювання, що характеризується виникненням логічно збудованої системи поведінки, яка заснована на стійких ідеях переслідування, ревнощів і т. ін., що опановують свідомість хворого, зі збереженням в іншому логічності мислення. Під час параної вміст патологічних ситуацій часто ґрунтується або включає

багато елементів реальності, формально правдоподібно пов'язаних із хворобливими уявленнями.

Ця система зазвичай не змінюється; вона була б абсолютно адекватна, якби початкові патологічні ідеї були правильні.

*Ознаки порушень.* Оскільки деградація у хворих параноєю найчастіше відбувається лише на кінцевих стадіях захворювання (їм часто вдається надати видимість реальності своєму маревному мисленню, залучаючись до судових процесів або інших сутяжницьких видів діяльності), вони рідко опиняються в психіатричних лікарнях. У хворих параноєю немає химерної поведінки, емоційної нестабільності, гротескових галюцинацій і незвичайних ідей, що відзначаються при інших психопатологічних станах. Багато хто з них здатний підтримувати, хоча б поверхнево, економічну і соціальну адаптацію. Тільки коли їх дії приходять в конфлікт з суспільним благополуччям, стає очевидно, що необхідна госпіталізація. З іншого боку, зустрічаються випадки параної, коли хворий виражає дивні ідеї: наприклад, одна пацієнтка стверджувала, що заміжня за богом.

*Причини виникнення.* Висунуто декілька теорій, що пояснюють механізм виникнення параної. Одна з них - теорія, що припускає, що основою параної служить

фіксація, або затримка, на певній стадії сексуального розвитку дитини. Йдеться про стадію гомоеротики - періоду, коли хлопчики грають з хлопчиками, а дівчатка з дівчатками (приблизно між 4 і 11 роками). Коли хлопчик, у якого відбулася фіксація на гомоеротичній стадії, досягає свободи дорослого, над ним тяжіє незадоволене ваблення до маленьких хлопчиків, і він вимушений або залучитися до гомосексуальної активності, або, підкоряється соціальному тиску, шукати компенсацію в таких формах поведінки, як алкоголізм або чоловіча агресія. Дана поведінка стає свого роду клоакою неусвідомлених прагнень до гомоеротичних контактів.

Якщо як компроміс виникає параноя, то манія переслідування виявляється проекцією внутрішнього фантазійного бажання: проблеми, пов'язані з гомосексуальністю, як би містяться не в самій людині, а нав'язані йому ззовні. Дійсно, чоловіків-параноїків звичайно «переслідують» чоловіки або чоловічі організації, а паранояльних жінок — особи жіночої статі. Сексуальна адаптація, зокрема шлюб, найчастіше відсутня. У хворих параноєю, які одружуються, йдучи назустріч вимогам гетеросексуальної, наголошується погана адаптація до сімейного життя або домашній розлад. Одержимий параноєю індивід, незалежно від того, до якого соціально-економічного шару він

належить, назавжди присвячує себе агресивності, боротьбі з уявними ворогами і демонстрації підкреслено чоловічої поведінки, що граничить з героїзмом. Цикл ніколи не приходить до кінця: як тільки переможений один ворог, з'являється інший, ще небезпечніший.

Параною слід відрізнити від інших маревних розладів, званих параноїдними; вони часто пов'язані з органічною патологією (церебральним атеросклерозом, сенільними психозами) чи ж з функціональними психозами, зокрема з шизофренією. Марення при параноїдних розладах мінливе і не так логічно пропрацьоване, як при параної. Крім того, його можуть супроводжувати галюцинації, зміни емоційних станів і соціально неприйнятна поведінка.

*Лікування.* Лікування параної залишається незадовільним. Основна причина полягає в тому, що хворі параноєю рідко звертаються по допомогу. В результаті дослідження, засноване на спостереженні і лікуванні, виявляється неможливим. Наразі в медицині, на жаль, немає специфічних способів лікування параної.

*Шизоїдний розлад особистості.* У шизоїдності (патологічній замкненості) Кречмер, помилково бачив перехідну (без чітких меж) сходинку між нормою і шизофренією. Однак, преморбід при шизофренії далеко завжди виявляється у формі шизоїдних властивостей особистості. Шизоїди нерідко виходять із родин з

необтяженою шизофренією спадковістю, і в значній частині випадків «шизоїдність» створюється несприятливими умовами середовища.

Найбільш характерними особливостями цього типу психопатії слід вважати патологічну замкненість, відлюдькуватість, інтравертированість, патологічну афективність (можуть співіснувати різні, іноді протилежні прагнення, зовнішня холодність поєднується з мімозоподібною надчутливістю, а інколи з афективною вибуховістю). Не відчуваючи потреби спілкування з людьми, не вмюючи налагодити міцні емоційні контакти, шизоїди, як правило, залишаються поза колективом.

Вони схильні до мрійливості, фантазування, занять абстрактними проблемами, чудернацького колекціонування, створенню дивних робіт і творів. В цілому такі люди мало пристосовані до життя, погано розуміють реальні обставини, уперті, образливі. Мислення їх в значній мірі абстрактне, аутистичне, судження нерідко чудернацькі, в моториці відсутні природність і гармонійність. У шизоїдів легко виникають сензитивні ідеї відношення, паранояльні і параноїдні реакції і розвиток.

Шизофренія є психічним розладом, що характеризується розладом розумових процесів і недостатньою емоційною чуйністю. Вона найчастіше

проявляється у вигляді слухової галюцинації та параної або дивних маній чи розлад мислення дезорганізовані мова і мислення, і це супроводжується значною соціальною або професійною дисфункцією. Поява симптомів зазвичай відбувається в юнацькому віці, з глобальною поширеністю протягом життя. Діагноз ставлять на підставі спостережуваної поведінки та інформації про симптоми пацієнта.

*Ознаки порушень.* У хворого на шизофренію можуть виникнути галюцинації (більшість з них повідомляли про те, що чули голоси), мали манії, а також дезорганізоване мислення і мова. Останнє може проявлятися у вигляді втрати логічного мислення, речень, майже не пов'язаних за змістом і непослідовності, відомий як набір слів у важких випадках. Соціальна самоізоляція, неохайність в одязі та гігієні і втрата мотивації та ясності мислення – все це звичайні прояви шизофренії. Існує часто спостережувана картина емоційних труднощів, наприклад відсутність реакції. З шизофренією пов'язане погіршення соціального пізнання, як і при симптомах параної; зазвичай має місце соціальна ізоляція. Труднощі у роботі, проблеми із довгостроковою пам'яттю, увагою, регулюючими функціями і швидкістю обробки інформації. При одному із рідких проявів шизофренії людина може в значній мірі

залишатися німою, залишаються нерухомою в дивних позах або проявляти безцільне збудження, тобто всі ознаки кататонії.

Закінчення підліткового і початок юнацького віку є піковими періодами початку шизофренії, у цей вкрай важливий час для соціально-професійного розвитку молодих дорослих. У 40% чоловіків і 23% жінок з діагнозом шизофренія захворювання проявилось у віці 19 років. Щоб звести до мінімуму порушення розвитку, пов'язані з шизофренією, багато зусиль останнім часом було витрачено на виявлення та лікування фази продромального (попереднього початку) хвороби, яка була виявлена за 30 місяців до появи симптомів. У людей, в яких розвивається шизофренія, можуть виникнути короткочасні або самообмежуючі психотичні симптоми і неспецифічні симптоми соціальної ізоляції, дратівливість, дисфорія і незграбність, під час продромальної фази.

*Причини виникнення.* Поєднання генетичних і екологічних факторів відіграє певну роль у розвитку шизофренії. Люди з сімейним анамнезом шизофренії, які страждають перехідного або самообмежуючого психозу мають на 20-40% більше шансів отримати діагноз шизофренії через рік.

*Генетичні.* Оцінки наслідуваності варіюються через труднощі поділу ефектів генетики і навколишнього

середовища. Найбільший ризик розвитку шизофренії становить родич першого ступеня із захворюванням (ризик 6,5%); більш ніж 40% монозиготних близнюків хворих на шизофренію, також захворюють. Цілком імовірно, що багато генів беруть участь у цій хворобі, при цьому кожен відіграє невелику роль, а механізм їхньої передачі та експресії невідомий.

*Екологічні.* Екологічні фактори, пов'язані з розвитком шизофренії, включають середовище проживання, вживання наркотиків і передпологовий стрес.

*Зловживання психоактивними речовинами.* Було виявлено зв'язок ряду препаратів з розвитком шизофренії, зокрема таких як каннабіс, кокаїн і амфетаміни. Близько половини хворих на шизофренію надмірно вживали наркотики та/або алкоголь, але інші препарати можуть бути використані тільки як засоби боротьби із депресією, занепокоєнням, нудьгою і самотністю.

*Лікування.* Основним методом лікування шизофренії є антипсихотичні медикаменти, часто у поєднанні з психологічною та соціальною підтримкою. Госпіталізація можлива під час важких епізодів – як добровільно, так і примусово (якщо це дозволено відповідним законодавством). Довгострокова госпіталізація не розповсюджена через переведення

стаціонарних хворих на амбулаторне обслуговування. Часто використовуються служби підтримки включно з центрами соціально-медичної допомоги, візитами працівників служб психічного здоров'я, допомогою у працевлаштуванні та групами підтримки. Деякий досвід показує, що регулярні фізичні вправи мають позитивний вплив на фізичне та психічне здоров'я пацієнтів із шизофренією

*Дисоціальний розлад особистості.* Цей розлад є новою для вітчизняної психіатрії класифікаційною рубрикою. Найбільш суттєвими є чотири наступних ознаки дисоціальної психопатії:

- нездатність встановлювати відношення любові і відданості,
- схильність до імпульсивних дій,
- відсутність почуття провини,
- нездатність робити висновки з негативного досвіду.

В цілому це можна позначити як дефіцит вищих, моральних емоцій, коли домінуючим виявляється прагнення до отримання задоволення.

Нездатність до теплої емоційної прихильності і кохання супроводжується егоцентризмом і черствістю. При цьому індивід може бути до такої міри безсердечним, що це дозволяє йому скоювати жорстокі або принижуючі дії по відношенню до інших людей,

завдавати болю, мук. Така бездушність часто складає контраст із зовнішньою привабливістю, яка дає змогу цій людині зав'язувати поверховні та короткочасті відносини. Сексуальна діяльність проходить без висловлювання ніжних почуттів. Шлюб часто характеризується відсутністю співчуття до партнера, а інколи застосуванням фізичного насильства. Очевидно, багато випадків фізичного і морального садизму, в тому числі у сексуальних відносинах, пов'язані з проявами цього розладу особистості.

Характерна імпульсивна поведінка нерідко виявляється у вигляді частих змін місця роботи, звільнень, а в більш глобальному життєвому аспекті - нездатністю до планування життєвого шляху, виконання цього плану, наполегливого прагнення до досягнення певної мети. В поєднанні з відсутністю почуття провини або каяття, імпульсивність часто призводить до повторних правопорушень. Починається це у підлітковому віці з дрібних провин, брехні і безглузлого хуліганства, супроводжуючись байдужістю до почуттів інших людей, насильством, бездушним зневаженням.

Прагнення до пошуків насолоди приводить подібних осіб до наркоманій, алкоголізації, бродяжництва, сексуальної злочинності, крадіжок тощо.

**Емоційно-нестійкий розлад особистості.** За клінічними проявами обидва типи цього розладу особистості (імпульсивний і суміжний) багато в чому відповідають групі збудливих психопатів за класифікацією Кербікова.

Люди з даним типом розладу особистості не здатні в достатній мірі контролювати свої емоції і схильні до раптових спалахів невгамовного гніву. Такі спалахи не завжди обмежуються словами, часто супроводжуючись фізичним насильством, що призводить інколи до тяжких травм.

Головною ознакою імпульсивного типу емоційно-нестійкої психопатії є неможливість афективного контролю. При суміжному типі перевага належить таким проявам, як гарячність, надзвичайна дратливість, що досягає нестримної люті, владність, егоїстичність, злопам'ятність, мстивість та схильність до дисфорій.

**Істеричний (демонстративний) розлад особистості.** Головними ознаками цього розладу особистості вважаються: схильність до драматизації, жага нового, прагнення переживати сильні емоції, а також егоцентричний підхід до міжособистих взаємин.

Такі особистості подають себе як більш значну, важливу персону, ніж вони є у дійсності, ніби постійно розігруючи якусь роль, не будучи в змозі залишатися самими собою. Це поєднується зі скороминучим

ентузіазмом, частим нудьгуванням, невгамовною жагою нового. Їх відрізняє надзвичайний егоцентризм, ексцентричність, надмірна вразливість, підвищена, але поверхова емоційність («солом'яний вогонь почуттів»).

Егоцентричні прояви у такої особистості можуть бути сильно перебільшеними. З метою домогтися від оточуючих бажаного такі особи здатні на емоційний «шантаж», гнівні сцени і демонстративні спроби самогубства. Насичені, драматизовані емоції, насправді, не настільки інтенсивні, тому що демонстративні психопати легко і швидко приходять у себе після «бурхливих сцен».

Більш ніж у інших формах психопатій, тут виявлений дисгармонійний інфантилізм, з боку мислення - так звана афективна логіка. Ці психопати не здатні до одноманітної і систематичної праці. У важкій для них ситуації легко виникають істероневротичні картини (частіше у формі істеричних фізичних моносимптомів – «комок в горлі», істеричний мутизм, сурдомутизм, астазія-абазія, істеричні паралічі по типу «панчо», «рукавичок» і т. д.), бурхливі афективні реакції (демонстративні голосіння, «закатування» з нанесенням собі тілесних ушкоджень, істеричні випадки, тощо) або реакції з відходом у світ мрій і фантазій. Психогенне фантазування у істеричних може інколи набирати патологічного характеру,

супроводжуючись візуалізацією зорових уявлень, перевтіленням у фантастичні образи, значним звуженням свідомості, частковою амнезією реальних обставин.

Вартою уваги рисою таких осіб є розвинута здатність до самообману, коли людина продовжує вважати себе правою, навіть коли усі факти доводять протилежне. Такі індивіди здатні відстоювати витончену, заплутану брехню ще довго після того, як інші люди її розпізнали. Така модель поведінки в її крайній формі дозволила Крепеліну виділити серед психопатів групу патологічних брехунів і шахраїв.

***Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.*** Одна з найбільш помітних ознак ананкастичної психопатії - це недостатнє пристосування до нових життєвих умов і ситуацій. Поруч з такими рисами як пунктуальність, точність у виконанні будь-чого, виявляється відсталість поглядів, відсутність гнучкості у вирішенні проблем, страх нового.

Зміни виводять ананкастичних психопатів зі стану душевної рівноваги, тому вони віддають перевагу раз і назавжди заведеному порядку. Подібним суб'єктам бракує творчої фантазії, вони не вміють використовувати сприятливі можливості. Точність у роботі для них, як правило, виявляється у своєму

перебільшеному варіанті: заклопотаністю дрібницями, впертим і нерідко недоречним прагненням до досконалості, що перетворює будь-яку працю у тяжкий тягар.

Характерною рисою ананкастів є схильність до гіперсоціальних установок, але, на відміну від епілептоїдів, по відношенню не до інших, а до себе. Це призводить до майже постійного відчуття провини, пов'язаного з якимось проступком, що заглушує будь-які прояви радості і насолоди. Інколи схильність до моралізації призводить і до зовнішньо спрямованої позиції осудження.

Типовою рисою також є нерішучість, неможливість оцінити привілеї і недоліки нових ситуацій, прийти до якихось певних висновків. Ананкасти бояться зробити помилку і після прийняття рішення продовжують турбуватися, щоб вибір не виявився помилковим. Ця розумова рефлексія буквально виснажує людину, позбавляє її можливості радіти життю, перетворюючи його на постійні вагання і страждання.

Варто відмітити ще дві характерні для ананкастичного розладу риси: висока чутливість до критики і думки оточуючих і схильність до акумуляції негативних емоцій (образи, гніву), які викликані чийось втручанням у їх звичний спосіб життя.

**Тривожний розлад особистості.** Головною рисою при цьому розладі особистості є постійна тривога. Такі суб'єкти незручно почуваються у компанії, побоюючись можливого несхвалення і критичного ставлення, а також турбуючись про те, щоб не зникнути. Вони насторожено сприймають нове, дуже обачливі у контактах з людьми, яких не знають, ніякують у очікуванні будь-яких несподіванок.

В результаті цього подібні особи уникають соціальних вимог, максимально обмежують коло спілкування. При цьому, на відміну від шизоїдних психопатів, представники цієї групи не є емоційно холодними. Вони прагнуть соціальних контактів, але не в стані їх підтримувати.

**Залежний розлад особистості.** Найбільше значення у цій групі має виявлена слабкість вищих вольових функцій, а відповідно - підвищена податливість до зовнішнього впливу, мінливість інтересів, нездатність до тривалого зусилля, напруження ( ці люди – «як очерет під вітром»). Емоції їх відрізняються рухливістю, нестійкістю і поверхневістю, а мислення визначається домінуючим афектом. Відзначається схильність до коливань настрою з будь-якого незначного приводу.

Безладність, схильність до раптових маломотивованих рішень, легкість виникнення

патологічних потягів, складність вироблення механізмів адаптації, тенденція до пошуків шляхів найменшого опору, нестійкість цільових установок нерідко обумовлює асоціальні форми поведінки (бродяжництво, пияцтво, азартні ігри, сексуальна розбещеність і збочення). На складну ситуацію хворі реагують по-різному: реакції протесту, імітації, відмови, істеричні і експлозивні спалахи і т. ін.

Люди з розладом особистості залежного типу здаються слабкодушкими і занадто піддатливими, пасивно поступаючись бажанням інших. Їм бракує енергійності, вони мало здатні до насолоди. Такі особи уникають відповідальності, їм бракує впевненості у собі. Деякі з них досягають своїх цілей, переконуючи інших допомагати їм, але не визнаючи власної безпорадності.

***Мозаїчні психопатії.*** Серед психопатичних особистостей зустрічаються і такі, у яких неможливо виділити переважаючий синдром, оскільки психопатична структура ніби складена з різнорідних психопатичних проявів. Про такі мозаїчні психопатії П. Ганнушкін говорив, що характерною рисою цієї групи є відсутність «основної тенденції» того чи іншого типу психопатії. Для мозаїчних психопатій найбільш характерні поєднання психопатичних особливостей з кола дисоціальних, істеричних і емоційно-нестійких;

рідше трапляються сполучення сензитивних та ананкастичних властивостей патологічного характеру. Мозаїчність обумовлює більшу ускладненість адаптації. Складніше у цих випадках виробляються компенсаторні механізми, які бувають ускладненими, комплексними.

### *Питання для самоперевірки*

1. Що таке особистість з точки зору патопсихології?
2. Що означає порушення опосередкованості мотивів, і як воно впливає на поведінку людини?
3. У чому полягає порушення ієрархії мотивів, і які його можливі наслідки?
4. Як порушення змістоутворення відображається на світогляді та ціннісних орієнтаціях особистості?
5. Що таке контроль над поведінкою, і які психологічні механізми його забезпечують?
6. Як порушення саморегуляції та самоконтролю можуть впливати на соціальну адаптацію?
7. Як порушення мотиваційної сфери можуть спричиняти девіантну поведінку?

## **ТЕМА 6.2. ПОРУШЕННЯ ТА АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ**

### **ПЛАН**

- 1.Поняття про порушення характеру.
- 2.Акцентуації характеру людини.
- 3.Види класифікацій акцентуацій характеру.

4. Взаємозв'язок акцентуацій характеру з поведінкою, що відхиляється.

### **Поняття про порушення характеру**

*Характер* – сукупність стійких рис особистості людини, що являється його основою індивідуальності, що визначає погляди, відносини, вчинки людини, його дії та реакції на різноманітні життєві обставини та ситуації. Риси характеру в більшості формуються в дитинстві і зберігаються у людини, майже не змінюючись протягом життя. Сукупність типових і найбільш стійких рис утворюють типи характеру, які в свою чергу можуть будуватися на різних основах.

При встановленні діагнозу «психопатія» критеріями відмежування являються: тотальність (загальність) і відносна стійкість (стабільність) аномальних рис характеру, тривалі порушення соціальної адаптації, схильність до фіксації патологічного стереотипу поведінки, що характеризуються грубими порушеннями соціальних норм.

Психопатія (від. грец. *psyche* – «душа» - і *pathos* – «страждання») – аномалія характеру людини, зазвичай зумовлена вродженою неповноцінністю нервової системи. Для психопатів насамперед характерні неадекватність емоційних переживань, схильність до виникнення депресивних і нав'язливих станів і т. п.

Психопатії можуть виникати у осіб, що перехворіли в ранньому дитинстві енцефалітом, мали

травми голови, а також внаслідок неправильного харчування.

I. Мартинюк описувала наступні види психопатій:

- ✓ Стенічна, характеризується підвищеною дратівливістю в поєднанні з швидкою втомлюваністю;
- ✓ збуджена, для неї характерні неадекватність емоційних реакцій на зовнішні подразники, схильність до бурного спалаху гніву, агресії;
- ✓ істерична, їй властива підвищена емоційна рухливість, вразливість, сугестивність, егоцентризм;
- ✓ паранояльна, що характеризується підвищеною підозрілістю, недовірою, високою самооцінкою, схильністю до надцінних ідей.

### **Акцентуації характеру людини**

Поняття *«акцентуації характеру»* було введено німецьким психологом К. Леонгардом і означало надмірну вираженість окремих рис характеру.

Інші вчені акцентуацію характеру розуміли як надмірне посилення окремих рис характеру, при яких спостерігається не виходячи за межі норми, відхилення в психології і поведінці людини, яка межує з патологією.

Найбільшу популярність отримав термін К. Леонгарда, німецького психіатра і психолога, професора неврологічної клініки Берлінського університету (1968) – *«акцентована особистість»*. Однак правильно говорити про *«акцентуації характеру»*. Особистість – поняття набагато складніше, ніж характер. Вона включає інтелект, здатності, нахили,

світогляди і т. п. В описах К. Леонгарда мова йде саме про типи характеру.

На думку С. Д. Максименка акцентуацію можна визначити як дисгармонію розвитку характеру, гіпертрофовану вираженість окремих рис характеру, що зумовлює підвищену вразливість особистості у відношенні певного роду впливів і ускладнює її адаптацію в деяких специфічних ситуаціях.

Акцентуації представляють собою хоч і крайні, проте варіанти норми. Тому «акцентуація характеру» не може бути психіатричним діагнозом.

Згідно досліджень патохарактерологічні реакції, що виступають на фоні акцентуацій, як правило майже 80 % із них з віком згладжуються, пом'якшуються і можна спостерігати задовільну соціальну адаптацію. Буде прогноз добрий чи поганий – залежить від ступеня і виду акцентуації: скрита вона чи явна, - а також від соціальних умов.

Явна акцентуація – ця степінь відноситься до крайніх варіантів норми. Однак вираженість рис визначеного типу зазвичай не перешкоджають соціальній адаптації. Зайнята позиція, як правило, відповідає здатностям та можливостям. З віком особливості характеру або залишаються достатньо вираженими, але компенсуються і не заважають адаптації, або настільки згладжуються, що явна акцентуація переходить в скриту.

Скрита акцентуація – ця степінь відноситься не до крайніх, а до звичайних варіантів норми. В звичайних, звичних умовах риси якого-небудь типу характеру

виражені слабо або зовсім не проявляються. Навіть при тривалому спостереженні, при різносторонніх контактах і детальному знайомстві буває важко скласти уявлення про визначений тип. Проте риси цього типу можуть неочікувано і яскраво проявитися під впливом тих ситуацій і психічних травм, які адресовані до місця найменшого спротиву.

Найбільш благо сприяє прогноз спостерігається при гіпертимічній акцентуації, найгірший – при явній нестійкій акцентуації.

Розрізняють декілька видів відносно стійких змін:

- перехід явної акцентуації в скриту, коли з віком акцентовані риси стираються або компенсуються, в тому числі замінюються іншими; і тільки під впливом деяких факторів, адресованих вразливого місця, риси цього типу уже приховано (скрито) раптом починають проявлятися неочікувано в повній силі;

- формування на основі акцентуацій психопатичних станів, важливу роль в розвитку грає середовище, в результаті може спостерігатися перед хворобливий стан, а іноді і захворювання;

- трансформація видів акцентуації характеру, приєднання до основного типу близьких, сумісних з цим типом інших акцентуацій.

В деяких випадках риси знову набувають акцентуацій і можуть навіть домінувати над основною, часом ознаки одної акцентуації можуть витіснити, закрити риси інших акцентуацій.

На думку ряду досліджень, приблизно у 40% людей акцентуації ніби послаблюються, ховаються до

30-35 років. На перший план виступають інші, більш високі рівні функціонування особистості: цінності, цілі, моральні аспекти, що визначають вибір лінії поведінки особистості.

### **Види класифікацій акцентуацій характеру**

Під типологією характеру розуміють класифікацію типів характеру, які частіше всього зустрічаються у людей.

Існує декілька типологій характеру, побудованих на різних основах. Одна із них базується на виділенні типових поєднань акцентуативних рис. До них відносять типології Е. Кречмера, К. Леонгарда, та інших. Існують типології характеру, засновані на повторенні, соціально-типовій поведінці людей, наприклад, типологія Е. Фрома.

Є типології, основані на експериментальних даних про типові поєднання рис характеру, що зустрічаються у багатьох людей. Подібні типології зазвичай будуються на базі кореляцій, виявлених між різними рисами характеру і застосуванні факторного аналізу. Представлення про такі типології закладені, наприклад, в структуру багатьох сучасних багатомірних особистісних тестах: наприклад, тесту Кеттелла, ММРІ та ін..

На сьогодні найбільш поширена класифікація акцентуацій, в типології характеру якої представлені 11 типів акцентованих рис підлітків.

1. *Гіпертимний тип*. Відрізняється товариськістю, рухливістю, схильністю до пустоців. В події, що

відбуваються навколо вносить багато шуму, полюбляє гучні компанії однолітків. Непосидючий, недостатньо дисциплінований, вчиться нерівномірно, при добрих загальних вміннях. Настрій завжди піднесений. З дорослими людьми, батьками, і вчителями часто провокує конфлікти. При великій різноманітності розваг такі підлітки можуть бути поверхневими і часто змінювати свої інтереси. Вони нерідко переоцінюють свої можливості, являються самовпевненими, люблять похвалитися, стараються справити добре враження на оточуючих.

2. *Циклоїдний тип.* Відрізняється підвищеною періодичною роздратованістю, схильністю до апатії. Підлітки даного типу надають перевагу залишатися вдома замість того, щоб знаходитися в гучних компаніях серед однолітків, на вулиці чи поза домом. На зауваження в свій бік реагують роздратовано, важко переживають неприємності, що відбуваються з ними.

3. *Лабільний тип.* Дуже мінливий та непередбачуваний в настрої, причому для зміни настрою причини можуть бути зовсім незначними.

4. *Астеноневротичний тип.* Характеризується підвищеною капризністю та недовірливістю, швидкою втомлюваністю та роздратованістю, особливо в хвилини виконання важкої інтелектуальної роботи.

5. *Сенситивний тип.* Цьому типу людей властива підвищена чутливість до людей та людських відносин. Вони не люблять великих, гучних компаній, азартних ігор, зазвичай бувають боязкими, сором'язливими та часто справлять враження замкнутості. В діяльності такі

підлітки бувають відкритими, товариськими, проте тільки у вузькому колі близьких, добре знайомих людей. У спілкуванні часто надають перевагу дорослим людям та малюкам. Відрізняються слухняністю та прив'язаністю до батьків. У них досить швидко спостерігається відчуття вини (боргу), високі моральні вимоги до себе і до оточуючих людей, підвищена старанність.

6. *Психостенічний тип.* Підлітки такого типу відрізняються раннім і прискореним психологічним розвитком, часто переганяючи своїх однолітків. Вони схильні до роздумів та самоаналізу. Самовпевненість у них часто поєднується з нерішучістю, а безапеляційність суджень – з їх непродуманістю і схильністю до передчасних дій.

7. *Шизоїдний тип.* Характеризується підвищеною замкнутістю, надає перевагу бути самим або знаходитись в компанії дорослих. Нерідко проявляє байдужість до оточуючих, погано розуміє їх стан, не вміє співпереживати, співчувати. Часто занурюється в фантазії і мрії, відірвані від реальної дійсності.

8. *Епілетоїдний тип.* Такі підлітки часто плачуть, виводять оточуючих людей, особливо в дитинстві, знущаються над тваринами, дразнять молодших по віку дітей, знущаються над безхатченками. Типові риси: жорстокість, владність, егоїзм. Стараються догодити старшим, сильнішим за них та впливовим людям.

9. *Істероїдний тип.* Володіє схильністю впадати в істеріку. Відрізняється егоїзмом, бажанням привернути до себе багато уваги. Нерідко спостерігається

театральна поведінка. З важкістю витримує, коли при ньому когось іншого хвалять, або коли кому-небудь приділяють більше уваги, ніж йому. Відрізняється надмірними претензіями на виключне положення серед однолітків.

10. *Нестійкий тип.* Це – слабо вольова людина, схильна піддаватися обставинам, які складаються. Прагне до постійних розваг, свят та неробства. Серйозні інтереси відсутні, не думає про своє, в тому числі професійне майбутнє.

11. *Конформний тип.* Демонструє постійну схильність і готовність змінювати свої погляди і поведінку згідно власної вигоди, домовленістю з людьми, від яких залежить. Ця – пристосованість показує готовність заради власних інтересів зрадити інших людей, покинути їх у важку хвилину, причому майже завжди така людина знаходить «моральне виправдання» своїм аморальним поступкам.

### **Взаємозв'язок акцентуації характеру з відхиленнями в поведінці**

Психологічними дослідженнями встановлені кореляції між особливостями загострення характеру у підлітків та порушенням поведінки: правопорушеннями, сексуальною патологією, шкідливими звичками – алкогольною залежністю, наркозалежністю, ніотиновою залежністю і т. п.

Так, гіпертимні підлітки схильні до групових форм делінквентої поведінки. Вони намагаючись бути лідерами серед асоціальних однолітків, через

легкодумність, бажання розважатись, бажання отримати засоби на задоволення самі стають натхненниками групових правопорушень. Гіпертими проявляють інтерес не тільки до побутового групового п'янства, але і до широкого кола дурманних засобів в тому числі і до газоподібних токсичних речовин, вважаючи, що «наркоманом і алкоголіком від цього не станеш». Такі підлітки легко пускаються в незаконні угоди, здійснюють дрібні крадіжки, а відсутність сором'язливості і легкість установалення контактів штовхають їх на ранні сексуальні зв'язки.

Циклоїди не схильні до порушення поведінки і можуть проявляти інтерес до алкоголю лише в період підвищеного настрою. Сексуальна активність емоційно лабільних акцентуантів зазвичай обмежуються фліртом та залицянням, потяг залишається малодиференційованим і через це цілком можливе виникнення транзиторного підліткового гомосексуалізму.

При астеноневротичних акцентуаціях сексуальна активність обмежується короткими спалахами, що швидко згасають. Ні делінквентності, ні алкозалежності, ні втечі з дому у них не зустрічається, так як і в сенситивних акцентуантів. В останньому випадку якщо і настає алкогольне сп'яніння, то алкоголь не веселить і не допомагає контактам, а навіть навпаки може викликати депресивну реакцію з відчуттям власної неповноцінності. Суїцидальні дії та агресивність можуть виникати у сенситивів під впливом

ряду невдач, що буває несподівано для оточуючих, що не проникають в їх світ ранимої психіки.

Шизоїдні підлітки схильні до правопорушень, потрапляють в поле зору поліції набагато пізніше інших акцентуантів. Це пояснюється тим, що вони люблять діяти по одинці, ретельно приховуючи свої наміри та поступки, працюють без спільників, добре продумують свої вчинки та дії. Надають перевагу здійснювати крадіжки за допомогою виготовлених відмичок, штучного випилювання дверних замків і т. п.

Епілептоїдні підлітки дають афективні спалахи, як правило в період дисфорії, і тоді вони здійснюють сексуальні ексцеси з садомазохистськими схильностями. В гомосексуальних контактах вони частіше виступають в активних ролях і не задовольняються взаємним онанізмом, здійснюють з партнером педерастичні та інші грубі збочені статеві акти. Для самозадоволення вони часто прибігають до самокаліцтва і рідше до незавершеного самоудавлення. Алкогольне сп'яніння супроводжується у епілептоїдних підлітків дисфоричними та амнестичними розладами, а також психомоторним збудженням і агресії.

У астероїдних акцентуантів втеча з дому та алкоголізація носять демонстративний характер і не супроводжуються серйозними правопорушеннями в сексуальному захопленні. Серед нестійких акцентуантів часті випадки психофізичного інфантилізму і затримки сексуального дозрівання. Раннє залучення їх в асоціальні групи веде до сексуального досвіду, що включає в себе розпусту та збочення.

Ці взаємозв'язки особистісних акцентуацій з відхиленням в поведінці корисно знати, щоб вчасно проводити з особою психолого-педагогічні заходи для профілактики делінквентної поведінки.

*Питання для самоперевірки*

1. Що таке характер, і які його основні компоненти?
2. Які основні види порушень характеру ви знаєте?
3. У чому полягає поняття акцентуації характеру?
4. Які відмінності між акцентуаціями характеру та патологіями особистості?
5. Які існують основні класифікації акцентуацій характеру?
6. Які типи акцентуацій характеру виділяв К. Леонгард, і які їх основні характеристики?
7. Як акцентуації характеру впливають на поведінку людини в різних соціальних ситуаціях?
8. Які акцентуації характеру найчастіше пов'язані з поведінкою, що відхиляється?
9. У яких випадках акцентуації характеру можуть трансформуватися у психопатії?

## **ТЕМА 7. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ**

### **ТЕМА 7.1. ПОРУШЕННЯ ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ**

#### **ПЛАН**

1. Поняття про порушення волі.
2. Види порушень волі: гіпобулія (зниження вольової активності), гіпербулія (підвищення вольової активності), парабулія (спотворення вольової активності).

#### **Поняття про 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.

### **Види порушень волі**

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 балакучістю;

- 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, астенічних станах, неврозах.

3. Перекручення потягу - торкається різних інстинктів.

- Розлад інстинкту самозбереження - проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути неїстівні 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 (ко-профагія).

- 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 статевого партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;
- ✓ мазохізм - бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;
- ✓ рідше трапляються:
- ✓ педофілія - статевий потяг до дітей;
- ✓ некрофілія - статевий потяг до трупів;
- ✓ зоофілія (скотолозтво) - статевий потяг до тварин;
- ✓ фетишизм - статевий 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;
- ✓ клептоманія - 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.

### *Питання для самоперевірки*

1. Що таке воля, і які її основні функції в психічній діяльності людини?
2. Що таке порушення волі, і які їхні основні прояви?
3. Що таке гіпобулія, і які її основні причини та симптоми?
4. Які психічні та неврологічні розлади можуть супроводжуватися гіпобулією?
5. Що таке гіпербулія, і в яких випадках вона спостерігається?
6. Як гіпербулія може впливати на когнітивну діяльність та емоційний стан особистості?
7. Що таке парабулія, і які її основні форми?
8. Які розлади потягу Ви знаєте?
9. Що таке імпульсивні потяг і дії?
10. Назвіть розлади психомоторики.
11. Що таке диспраксія?

## **ТЕМА 7.2. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ**

### **ПЛАН**

1. Поняття про емоції.
2. Види порушень емоційної сфери.
3. Емоційні синдроми: маніакальний синдром, депресивний синдром, апатичний синдром.

### **Поняття про емоції**

*Емоції* (від лат. *emovere* – зворушувати, франц. *emotion* – хвилювання) - 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, короточасний 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.

### **Порушення емоційної сфери**

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 тощо).

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- адекватності;
- інтенсивності;
- тривалості;
- міри контролюваності 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 та ін.;

- 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 ходу 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 тощо).

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 слабко 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.

**Емоційні синдроми: маніакальний синдром, депресивний синдром, апатичний синдром**

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).

*Питання для самоперевірки*

1. Що таке емоції, і які їхні основні функції?
2. Що таке порушення емоційної сфери, і які їх основні види?
3. Які особливості прояву гіпотимії (зниженого емоційного стану)?
4. Що таке гіпертимія, і як вона впливає на поведінку людини?
5. Що таке емоційна лабільність, і в яких випадках вона проявляється?
6. Які основні симптоми маніакального синдрому?
7. Як проявляється депресивний синдром, і які його основні симптоми?
8. Що таке апатичний синдром, і які його характерні риси?

## **ПЕРЕЛІК КОНТРОЛЬНИХ ПИТАНЬ**

### **1. Основи патопсихології**

1. Що таке патопсихологія? Дайте її визначення.
2. Який предмет патопсихології та її місце в системі наук?
3. Які основні завдання патопсихології?
4. Яка структура патопсихології?
5. Які особливості використання психологічних методів у патопсихології?
6. Які існують методи якісного та кількісного аналізу патопсихологічних проявів?
7. Які принципи побудови патопсихологічного дослідження?
8. Що таке патопсихологічний висновок, і як він формується?
9. У чому різниця між методом спостереження та експериментом у патопсихології?
10. Які методи опитування застосовуються у патопсихології?

### **2. Діагностичні методи у патопсихології**

11. Які особливості патопсихологічного інтерв'ю та анкетування?
12. Що таке стандартизовані тести, і як вони використовуються в патопсихології?
13. Які існують особистісні опитувальники, і що вони оцінюють?
14. Що таке проєктивні методики, і які їхні основні різновиди?
15. Які переваги та недоліки різних методів дослідження у патопсихології?

### **3. Порушення уваги та пам'яті**

16. Що таке увага, і які її основні функції?
17. Які основні види порушень уваги ви знаєте?
18. Що таке порушення пам'яті, і які їх основні види?
19. У чому полягають гіпермнезія, гіпомнезія, амнезія та парамнезія?

### **4. Порушення мислення та сприйняття**

20. Які існують види порушень мислення?
21. Як проявляються лабільність та інертність мислення?
22. Що таке ілюзії, галюцинації та агнозії?
23. У чому полягає деперсоналізація та дереалізація?

### **5. Порушення особистості**

24. Що таке порушення особистості, і які їх основні типи?
25. Як порушення ієрархії мотивів впливає на поведінку людини?
26. Які види девіантної поведінки можуть виникати через порушення особистості?

### **6. Акцентуації характеру**

27. Що таке акцентуація характеру, і які її основні типи?
28. Як акцентуації характеру можуть бути пов'язані з поведінкою, що відхиляється?

### **7. Порушення волі**

29. Що таке гіпобулія, гіпербулія та парабулія?
30. Які психічні розлади можуть супроводжувати порушення вольової активності?

### **8. Порушення емоційної сфери**

31. Які основні види порушень емоційної сфери існують?
32. Що таке маніакальний синдром, і які його основні симптоми?
33. Як відрізняється апатичний синдром від депресивного?
34. Які методи діагностики та корекції порушень емоційної сфери використовуються в психології?

## СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

1. Хворому 33 роки. Заявляє, що він знаходиться одночасно в психіатричній лікарні і на космічному кораблі. Вчора став відчувати припливи яскравих уявлень: бачив «дві великі планети – білу і червону, літав з американцями на Місяць, там дуже сильний мороз». Хворий інколи був повністю сконцентрований на своїх внутрішніх переживаннях, інколи з охотою розповідав про них. Який синдром порушення свідомості розвинувся у хворого?

2. Хвора на запитання лікаря: «Як ви себе відчуваєте?» відповіла: «Дивлячись, що ви розумієте під словом «почуваєте». Якщо ви маєте на увазі відчуття, що йдуть від моїх внутрішніх органів, то вам необхідно проаналізувати результати моїх параклінічних досліджень. Якщо ви маєте на увазі мій психічний стан, то ви можете це зрозуміти по виразу мого обличчя». Яке порушення мислення у хворої?

3. Хвора 73 років. Не пам'ятає як звати її дітей, не може запам'ятати свою палату, ім'я лікуючого лікаря, не орієнтується у відділенні. Не пам'ятає, що робила, коли вийшла на пенсію. На запитання: «чим займалась сьогодні вранці?» відповіла: «Готувала сніданок, відправила дітей в школу, ходила на ринок». В'яла, бездіяльна. Назвіть порушення психіки, що розвинулись у хворої.

4. Хвора 17 років, збудлива, дратівлива, з дитинства любила співати і танцювати, з 7 років з'явилась схильність до істерик, підлітком примкнула

до неформального угруповання, перестала відвідувати школу, вступила в інтимний зв'язок з осудженим. Зловживає алкоголем. Неодноразово на очах батьків різала передпліччя. 1. Назвіть патологічний стан. 2. Які розлади психіки спостерігаються у дівчини?

5. Хворому 23 роки. Народився з допомогою акушерських щипців. З перших днів відставав в психомоторному розвитку. До 9 років мав енурез. Не зміг засвоїти програму допоміжної школи. Жив під опікою батьків, виконуючи просту роботу по дому. Місяць тому виник стан психомоторного збудження зі злобністю, агресією, сексуальним потягом до матері. При експериментально-психологічному дослідженні за методикою Векслера: IQ=30. 1. Вкажіть рівень інтелектуального недорозвитку. 2. Як називається таке збудження?

6. Дівчина 17 років. Надає перевагу чоловічому одягу, палить, голос грубий, дружить тільки з хлопцями, дівчат зневажає. Звернулась до лікарів з проханням направити її на операцію по зміні статі: «Я ніколи не відчувала себе жінкою, я ненавиджу жіночий одяг, ненавиджу своє ім'я». Визначте порушення статевого інстинкту.

7. Хвора 73 років. Не пам'ятає як звати її дітей, не може запам'ятати свою палату, ім'я лікуючого лікаря, не орієнтується у відділенні. Не пам'ятає, що робила, коли вийшла на пенсію. На запитання: «чим займалась сьогодні вранці?» відповіла: «Готувала сніданок, відправила дітей в школу, ходила на ринок». В'яла,

бездіяльна. Назвіть порушення психіки, що розвинулись у хворої.

8. Хвора 27 років скаржиться на головний біль, біль в суглобах, слабкість, катаральні явища, високу температуру тіла. Дільничний терапевт встановив діагноз «грип», на 3-й день захворювання на фоні високої температури тіла виникло потьмарення свідомості з порушенням орієнтації в просторі і часі і власній особі. Мислення і мова незв'язні, хвора метається в ліжку, намагається кудись бігти. Яке порушення психічної діяльності виникло у хворої?

9. Хвора скарж не пред'являє, вважає себе здоровою. Вираз обличчя сумний, не спілкується з родичами. Більшу частину часу лежить. Говорить повільно, наявні маячні ідеї самознищення і самозвинувачення. Останні 2 тижні говорить про бажання померти, просить сина принести їй отруту або допомогти повіситись. 1. Зазначте психопатологічний синдром. 2. Який з симптомів є показом для невідкладної госпіталізації хворої?

10. Хворій 22 роки. Через 10 днів після пологів змінилась поведінка: виникли тривога, страх, хвора відмовлялась годувати дитину, відштовхувала її від себе, хотіла її вкусити, намагалась кудись іти. На обличчі вираз страху, очі широко відкриті. На запитання не відповідає, не розмовляє. Виражений активний і пасивний негативізм. Тривалий час залишається в одній позі. Неохайна, відсутні гігієнічні навички. Даний стан розвинувся поступово. 1. Назвіть патологічний синдром.

11. Студентка 19 років. Перехворіла грипом, протягом 5 днів температура становила 39-40°C. Після зниження температури відчуває виражену слабкість. Починає читати книжку, але через 10 хвилин втомлюється, не може дочитати речення. Протягом дня в основному лежить в ліжку. Скаржиться матері, що стала лінивою, нічого не може робити. Назвіть синдром

12. Хворій 35 років, 10 років тому встановлено діагноз «туберкульоз». В період загострення захворювання перестала виконувати лікарські рекомендації, виражена рухова розгальмованість, постійно говорить на сексуальні теми, фліртує. На обличчі яскрава косметика, впевнена у своїй винятковості і зовнішній привабливості, а також в тому, що всі чоловіки закохані в неї. Визначте психопатологічний синдром.

## Глосарій (словник-довідник тлумачення основних понять)

**Абілітація** – первинне формування функцій і здібностей у дітей раннього віку з проблемами розвитку за рахунок створення спеціальних умов і соціального середовища.

**Абулія** – патологічне порушення психічної регуляції дій – синдром психопатологічний, який виражається млявістю, порушенням волевого імпульсу, відсутністю бажань і спонукань до діяльності, нездатністю прийняти рішення і виконати правильну дію, хоча необхідність його усвідомлюється.

**Автоагресія (аутоагресія)** – вид агресивної поведінки — агресивні дії, спрямовані на самого себе (самозвинувачення, нанесення собі тяжких тілесних ушкоджень, самоприниження, суїцидальна поведінка).

**Агнозія** – стан, при якому мозок не може розшифрувати інформацію, що надходить від нормально функціонуючих рецепторів; порушення різних видів сприйняття, що виникають при ураженні головного мозку. Розрізняють агнозію: зорову (нездатність упізнати предмети за їхніми зображеннями при збереженні достатньої гостроти зору); тактильну (проявляється у вигляді астерсогнозії (нездатності впізнання предметів навіпомацки), соматоагнозія (порушення впізнавання частин власного тіла, порушення уявлення про схему тіла), слухові агнозії (проявляються в порушенні фонематичного слуху,

здатності впізнавати знайомі мелодії, звуки, шуми при збереженні елементарних форм слуху).

**Аграматизми** – лексико-семантичні порушення мови.

**Аграфія** – порушення письмової мови.

**Агресивність** – стійка риса особистості; готовність до агресивної поведінки (прагнення до наступальності, насильницьких дій, спрямованих на заподіяння шкоди або на знищення об'єкта).

**Акцентуація** – домінування психічного властивості або системи психічних властивостей.

**Алексія** – порушення читання, розлад здатності читання – невміння прочитати текст, незважаючи на грамотність, або нездатність опанувати процес читання.

**Афазія** – розпад раніше сформованої мови при порушеннях у центральній ланці її аналізатора.

**Вищі психічні функції** – довільні психічні процеси пізнання, самоконтролю та саморегуляції поведінки і діяльності; складні, прижиттєво сформовані, соціальні за походженням системні психічні процеси (довільна увага, довільна пам'ять, логічне мислення та ін.). До вищих психічних функцій відносять читання, письмо, рахунок.

**Галюцинації** – поява при патології головного мозку психічних образів предметів і явищ, об'єктивно не існуючих тут і зараз зовні, але відчутних як відображення реальних.

**Деменція** – вид розумової відсталості (набуте слабоумство), при якому наявне порушення

інтелектуальної діяльності в поєднанні з розладами емоційно-вольової сфери.

**Деперсоналізація** – зміна самосвідомості індивіда, при якій втрачаються психологічні та поведінкові особливості, характерні для нього як для особистості, відчуття втрати свого «Я», болісне переживання відсутності емоційної залученості у відносинах із близькими, ставленні до роботи і т.д.

**Дизонтогенез** – порушення нормального розвитку у дитячому віці, коли морфофункціональні системи організму ще не досягли зрілості.

**Дисграфія** – порушення письма, супроводжуване заміною букв, пропусками, перестановками букв і складів, злиттям слів.

**Діти з вадами психофізичного розвитку** – діти, які мають фізичні та (або) психічні порушення, які перешкоджають типовому розвитку, а також впливають на весь психофізичний розвиток (складна структура порушення). У якості синонімів використовують: діти з особливим потребам; діти, які потребують корекції психофізичного розвитку; діти з особливостями психофізичного розвитку; аномальні діти (застарілий термін).

**Епілепсія** – хронічне психічне захворювання, викликане ураженням центральної нервової системи, що виявляється різними пароксизмальними (припадок) станами і досить частими змінами особистості.

**Епілептичний статус** – патологічний стан, при якому судомні напади відбуваються підряд, один за одним, без прояснення свідомості в період між ними.

**Життєва компетентність** – здатність дитини з особливими освітніми потребами застосовувати на практиці знання, досвід, суспільні цінності, базові навички комунікації і соціально-побутової адаптації, набуті у процесі навчання та комплексної реабілітації.

**Ілюзії** – спотворення сприйняття реально існуючих предметів і явищ.

**Інклюзія** – це політика й процес, що дає можливість всім дітям брати участь у всіх програмах. Головний принцип інклюзії: «Рівні можливості для кожного».

**Інтеграція** – спроба залучити учнів з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл. Учень пристосовується до вимог школи. Компенсація – складний процес перебудови функцій організму, внаслідок якого порушені функції замінюються збереженими.

**Компенсація** – тимчасове пом'якшення психопатичних особливостей за рахунок зміни «мікросередовища» (сімейного, трудового) на таке, де ці особливості не заважають якнайкраще пристосуватися; перебудова системних зв'язків організму й особистості, що дозволяє заповнити недолік тієї чи іншої структури, функції.

**Мутизм** – німота при збереженій внутрішній і письмовій мові.

**Невроз нав'язливих станів** – невроз, що виявляється нав'язливими страхами, уявленнями, сумнівами.

**Олігофренія** – вид розумової відсталості, який виникає внаслідок ураження центральної нервової системи у пренатальний, натальний періоди та ранньому дитинстві.

**Онейроїд** – затьмарення свідомості з напливом фантастичних сновидно-маячних уявлень, у виглядізакінчених за змістом картин, що з’являються мимоволі в певній послідовності.

**Патологія (психічна)** – емоційний дискомфорт людини, причина якого криється у морфофункціональному порушенні біологічного механізму регуляції її психічної діяльності.

**Патопсихологічний експеримент** – штучне створення умов, які виявлятимуть ті чи інші особливості психічної діяльності людини в її патології.

**Патопсихологія** – розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості при хворобі.

**Персеверація** – мимовільне, настирливо повторюване циклічне повторення або наполегливе відтворення якоїсь дії, руху, уявлення, ідеї, думки або переживання, часто всупереч свідомому наміру.

**Психопатії** – патологія характеру, при якій у суб’єкта спостерігається практично незворотна виразність властивостей, що перешкоджає його адекватної адаптації в соціальному середовищі.

**Реабілітація** – комплекс медичних, юридичних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму і працездатності хворих та людей з

інвалідністю; відновлення нормальної життєдіяльності та працездатності хворого або людини з інвалідністю, що досягається різними методами лікування та застосуванням інших спеціальних заходів.

**Розвиток** – процес і результат кількісних і якісних змін в організмі людини.

**Симптом** – характерні прояви, ознаки психічних або органічних порушень і захворювань, що свідчать про зміну звичайного або нормального функціонування організму.

**Синдром** – симптоми, пов'язані в єдиний симптомокомплекс порушення функції; патогенетично обумовлена спільність симптомів, ознак психічних розладів, внутрішньо взаємообумовлених, взаємопов'язаних.

**Соціалізація** – становлення особистості людини на основі засвоєння нею елементів суспільної культури і соціальних цінностей.

**Соціальна адаптація** – пристосування учня до умов життя і праці.

**Страх** – стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано; почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій, яке проектується назовні.

**Сутінковий стан свідомості** — розлад свідомості, за якого коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене, уривчасте.

**Тривога** – стан невмотивованого неспокою.

**Туга** – почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця.

**Хвороба Альцгеймера** – найбільш поширена форма деменції, що зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років.

**Фобія** – страх, що стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини.

**Шизофренія** – 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** – порушення мислення, що проявляється «закупоркою думок», «обривом думок», раптовою зупинкою, перериванням асоціативного процесу.

## **ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК**

- Абстрагування — 93–99
- Агнозія — 113–118
- Акцентуації характеру — 183–194
- Амнезія — 79–86
- Асоціативний процес — 94–100
- Афазія — 155–161
- Апраксія — 113–118
- Галюцинації — 113–116
- Гіпермнезія — 79–86
- Дезорганізація мислення — 95–101
- Деперсоналізація — 200–204
- Дисграфія — 155–156
- Дислексія — 153–155
- Дисмнестичні розлади — 79–89
- Дисфункція пізнавальних процесів — 72–118
- Емоції — 200–204
- Емоційно-вольова сфера — 195–204
- Змістоутворення — 176–180
- Ієрархія мотивів — 165–176
- Ілюзії — 113–116
- Клініко-психологічний метод — 40–45
- Когнітивні порушення — 72–118
- Конфабуляції — 84–86
- Критичність мислення — 101–112
- Логічне мислення — 93–113

Мислення — 93–113  
Мнемічні процеси — 79–89  
Мотиви — 164–176  
Мотиваційна сфера — 162–182  
Нав'язливі думки — 101–105  
Особистість — 162–182  
Пам'ять — 79–89  
Парамнезії — 84–86  
Патологічні мотиви — 170–178  
Патологічні потреби — 170–178  
Патопсихологічна діагностика — 40–45  
Патопсихологічний експеримент — 40–44  
Патопсихологічний синдром — 40–45, 96–101  
Патопсихологія — 10–25  
Персеверації — 95–101  
Поведінка — 178–182  
Порушення уваги — 72–78  
Порушення контролю над поведінкою — 178–182  
Порушення критичності мислення — 101–112  
Порушення мислення — 93–113  
Порушення мовлення — 153–161  
Порушення особистості — 162–182  
Порушення опосередкованості мотивів — 165–176  
Порушення операційної сторони мислення — 93–101  
Порушення особистісного компонента мислення — 101–112

Порушення пам'яті — 79–89  
Порушення сприймання — 113–154  
Потреби — 164–172  
Продуктивність уваги — 72–78  
Психічна діяльність — 11–15  
Психопатологія — 11–12  
Психопатія — 183–194  
Резонерство — 101–105  
Розумова працездатність — 72–78  
Самоконтроль — 178–182  
Сенсорні порушення — 113–118  
Симптомокомплекс — 40–45  
Синдромний аналіз — 40–45, 96–101  
Сприймання — 113–154  
Судження — 93–113  
Увага — 72–78  
Узагальнення — 93–99  
Фіксаційна амнезія — 79–86  
Характер — 183–194  
Цілеспрямованість мислення — 101–112  
Швидкість мислення — 93–113  
Шизофренія — 19, 23  
Якісний аналіз — 33–35

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. База доказових методів психодіагностики START. URL : <https://ua-test.com/> (дата звернення: 02.09.2025).
2. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод., допов. та CD) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2007. 1736 с.
3. Віталій Іванович Бондар : до 65-річчя від дня народж. : кат. вист. / Акад. пед. наук України, Держ. наук.-пед. б-ка України; упоряд. : Л. О. Пономаренко, Є. К. Бабич; відп. за вип. П. І. Рогова. Київ : Поліграф Центр, 2003. 32 с. (Ювіляри АПН України; вип. 17).
4. Ганич Д. І., Олійник І. С. Словник лінгвістичних термінів. Київ : Вища школа, 1985. 360 с.
5. Гоженко А. І., Герасимова Л. В. О. О. Богомолець і українська патофізіологія. *Одеський медичний журнал*. № 6 (92) 2005. С. 101-105.
6. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5. URL : <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 02.09.2025).
7. Задорожний В. В., Лінський І. В. Зміни спинномозкової рідини при розвитку галюцинаторних розладів у хворих на алкогольний делірій. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 2. С. 47–53.
8. Злобін О. О., Лінський І. В. Особливості когнітивних функцій хворих із судинною деменцією з різною локалізацією вогнищ ураження головного мозку. *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 2. С. 26–29.

- 9.Іглмен Д. Секрети нейропластичності: як мозок адаптується до нових викликів. Київ : Наш Формат, 2022. 308 с.
- 10.Клевець Л. М., Хоменко В. І. Патопсихологія : практикум : навчальний посібник. Ірпінь : Державний податковий університет, 2024. 122 с.
- 11.Колб Б. Fundamentals of Human Neuropsychology. New York : Worth Publishers, 2021.
- 12.Корнієнко В. В. Патопсихологія : навч. посіб. Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2023. 120 с.
- 13.Корекційна психопедагогіка (Олігофренопедагогіка) : навчально-методичний посібник / укл. О. В. Гаяш. Ужгород : ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2021. 255 с.
- 14.Крюкова М. А., Курова А. В. Патопсихологія : навчально-методичний посібник (для студентів факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА»). Одеса : Фенікс, 2019. 38 с.
- 15.Купчак С. В., Грицуляк В. Б., Долинко Н. П., Халло О. Є. Анатомія і еволюція центральної нервової системи : навч. посіб. для студентів спеціальності «Психологія». Івано-Франківськ, 2019. 138 с.
- 16.Максименко С. Д. Патопсихологія. Навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
- 17.Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 207 с.
- 18.Методичні рекомендації щодо визначення освітніх труднощів та рівня підтримки у дітей раннього та дошкільного віку / Прохоренко Л.І., Шевченко В.М.,

- Шевченко Ю.В., Орленко І.М., Соколова Г.Б., 2022. 133 с.
- 19.Миронова С. П. Нова українська школа: особливості організації освітнього процесу учнів початкової школи в інклюзивних класах : навч.-метод. посіб. Тернопіль : Астон, 2020. 176 с.
- 20.Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду. URL : <https://icd.who.int/> (дата звернення: 02.09.2025).
- 21.Напреєнко О. К. Діагностика шизотипових розладів з урахуванням невербальних ознак / Т. О. Рокета. С. 129–132.
22. Орленко І.М., Маматова З.Р. Особливості використання методів сучасної діагностики інтелектуальних здібностей немовленнєвої дитини. *Актуальні питання гуманітарних наук*. № 83. Т.2. 2025.С.338-344.
23. Орленко І.М. Діагностика і корекція дезадаптивної поведінки дітей молодшого шкільного віку з порушеннями інтелектуального розвитку в інклюзивному освітньому середовищі. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 2025. 118(2), 213-233.
- 24.Османова А. М., Хорунженко Г. В. Патопсихологія : навч.-метод. посібн. Київ : Талком, 2022. 188 с.
- 25.Савенкова І. І. Патопсихологія: навчально-методичний посібник. Миколаїв : Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського, 2017. 160 с.
- 26.Саржевський С. Н. Психологія та патологія мислення : навчальний посібник для студентів 4 курсу медичних

факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». Запоріжжя, 2019. 73 с.

27. Соколова Г.Б., Чебикін О.Я., Массанов А., Орленко І.М.. Патопсихологічні особливості самосвідомості дітей з особливими освітніми потребами. *Наука і освіта*. 2025. №1. 41-50.

28. Соколова Г.Б., Орленко І.М. Особливості аутоагресивної поведінки у підлітків з розладами аутистичного спектру та шизофренією. *«Перспективи та інновації науки»*. № 4(50) 2025. С. 1727- 1740.

29. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

30. Турецька Х., Гурська Т. Патопсихологія : навчальний посібник. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2015. 160 с.

31. Шерман Е., Храбок М., Тан Дж. A Compendium of Neuropsychological Tests: Fundamentals of Neuropsychological Assessment and Test Reviews for Clinical Practice. Oxford : Oxford University Press, 2021.

32. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія: методичні рекомендації до курсу «Патопсихологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 32 с.

33. Lezak M. D., Howieson D. B., Bigler E. D., Tranel D. Neuropsychological Assessment. Oxford : Oxford University Press, 2019. 1161 p

34. Sternberg R. J. Cognitive Psychology. Boston : Cengage Learning, 2018. 672 p.

## ДОДАТОК А

### ЗАДАЧІ З ПАТОПСИХОЛОГІЇ ДО ПРАКТИНИХ ЗАНЯТЬ

#### І. Дошкільний вік

**МАРІЙКА** (4 роки 6 міс.). Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) ІІІ рівня на тлі ЗПР.

Марійка, 4,6. Батьки скаржаться: «говорить, але ніби малятко», речення короткі, плутає відмінки, часто жестами доповнює фразу. Нові слова засвоює повільно. У садочку уникає віршів, просить повторювати інструкції. На співбесіді доброзичлива, але швидко втомлюється, переходить на «угу/не знаю».

Методики:

Шульте (дитячі): стартує охоче, але швидко виснажується; темп уповільнюється до кінця.

10 слів (простий набір; дозволено з опорою на картинки): 4→5→6→6; відстрочено 4–5 (вторинне зниження через увагу/виснаження).

Піктограма (дитяча, переважно конкретні слова): малює конкретні предмети; «дружба/сміливість» опосередковує слабко або відмовляється («не знаю що намалювати»).

Класифікація (картинки): групує за ситуацією («це на кухні»), іноді за випадковою ознакою; узагальнення нестійке.

Питання

1. Які ознаки вказують на ЗНМ, а не просто «пізній розвиток»?

2. Які компоненти мовлення страждають найбільше?
3. Чому показники пам'яті можуть бути «вторинно» нижчими?
4. Які додаткові проби потрібні для мовного профілю?
5. Ймовірний патопсихологічний симптомокомплекс?
6. Які принципи взаємодії з дитиною під час дослідження?
7. Перші корекційні цілі.

Відповіді

1. Стійка граматична недорозвиненість, бідні фрази, опора на жести, труднощі інструкції, уникання мовленнєвих завдань.
2. Лексико-граматична система + зв'язне мовлення; також мовленнєве програмування.
3. Бо при ЗПР/виснажуваності й мовному дефіциті страждає довільна увага й кодування матеріалу (не «чиста пам'ять»).
4. Розуміння інструкцій різної складності, активний/пасивний словник, граматичні категорії, зв'язне мовлення (розповідь за серією картинок), фонематичні процеси.
5. Затримка психічного розвитку з провідним мовленнєвим дефіцитом (ЗНМ).
6. Короткі блоки, багато наочності, повтор інструкції, підтримка, без «екзаменування».

7. Розширення словника, граматики (відмінки/узгодження), фраза 4–6 слів, зв'язне мовлення, розвиток довільної уваги.

Критерії оцінювання відповіді студента (коротко)

Називає мовні маркери ЗНМ (граматика, фраза, словник, зв'язність).

Пояснює вторинність зниження пам'яті/уваги.

Пропонує додаткові логопроби + базові принципи організації обстеження.

### **КИРИЛО (5 років 2 міс.).**

Дизартрія + ФФН (фонетико-фонематичне недорозвинення)

Кирило, 5,2. Мова змазана, «проковтує» закінчення, шиплячі/сонори спотворює. Дихає ротом, слинотеча при напрузі. У садочку його перепитують – хлопчик злиться, може штовхнути, потім соромиться.

Методики:

Шульте (дитячі): виконує, але при мовному навантаженні темп падає (перемикання важче).

10 слів: 5→6→7→7; відстрочено 5–6 (норма/легке зниження через напруження).

Піктограма: малюнки конкретні; слова типу «злість/радість» передає мімікою на папері, але пояснення бідні.

Класифікація: в нормі (узагальнення збережене).

Питання

1. Які ознаки «за» дизартрію?
2. Чим ФФН відрізняється від ЗНМ?
3. Чому агресивні реакції можуть бути вторинними?

4. Що додати з обстеження артикуляційної моторики?
5. Симптомокомплекс?
6. Ризики для навчання письма?
7. Перші корекційні кроки.

Відповіді

1. Змазана вимова, моторні ознаки (слинотеча, дихання, напруга), нестійка артикуляція.
2. При ФФН більше страждає звукова сторона та фонематичні процеси, а лексика/граматика відносно збережені.
3. Через фрустрацію: не розуміють → злість/захист.
4. Артикуляційні пози, діадохінез («па-та-ка»), м'язовий тонус, дихання/голос.
5. Експресивно-мовленнєвий моторний дефіцит (дизартрія) + ФФН.
6. Ризик дисграфії мовного типу (фонематичні заміни).
7. Постановка/автоматизація звуків, фонематика, дихання/просодика, тренування самоконтролю, робота з емоційною реакцією.

Критерії оцінювання

Відрізняє ФФН vs ЗНМ.

Вказує моторні ознаки дизартрії та потрібні проби.

Формулює навчальні ризики (письмо) і базову корекцію.

**СОФІЙКА** (5 років 10 міс.). Розлад розвитку мовлення з труднощами розуміння складних інструкцій

Софійка, 5,10. Говорить багато, але «плутає думки»: речення довгі, з обривами, часто замінює слова «оце/таке». Якщо інструкція з 2–3 кроків – губиться, починає робити перший і забуває решту. В іграх – контактна, але ображається, коли її не розуміють.

Методики:

Шульте: в нормі, але інструкції потрібно повторювати.

10 слів: 6→7→8→8; відстрочено 6–7 (може падати через нерозуміння слів).

Піктограма: малюнки є, але пояснення значення слабке; абстрактні слова — “загубленість”.

Класифікація: переважно правильна, але потребує уточнення назв категорій.

Питання

1. Які ознаки «за» порушення мовного розуміння?
2. Чим це відрізняється від «непосидючості»?
3. Чому 10 слів може страждати через семантику?
4. Що додати для оцінки рецептивного мовлення?
5. Симптомокомплекс?
6. Які педагогічні адаптації в садочку?
7. Корекційні цілі.

Відповіді

1. Провідна проблема — розуміння інструкцій, а не небажання; «збої» на багатокрокових завданнях.
2. При РДУГ інструкцію зрозуміла б, але не втримала б виконання; тут дитина не кодує зміст.
3. Якщо слово не має чіткого значення для дитини – кодування гірше.

4. Перевірка розуміння граматичних конструкцій, прийменників, складних речень, «виконай 3 дії», понятійний словник.
5. Розлад розвитку мовлення (DLD) з рецептивним компонентом.
6. Короткі фрази, один крок за раз, наочність, контроль розуміння (повтори, що зробиш).
7. Семантика, граматичні структури, інструкції, планування мовлення.

Критерії оцінювання

Влучно виділяє рецептивний дефіцит.

Пояснює механізм помилок у 10 слів/інструкціях.

Дає адаптації і логічні додаткові проби.

**МАКСИМ** (6 років 1 міс.). Мовленнєва апраксія (ймовірно) + труднощі просодики

Максим, 6,1. Розуміє звернення добре, але говорить уривками: «ма...ма... дай...». Якщо просиш повторити слово, то кожного разу звучить інакше. Довгі слова «ламаються», наголос «стрибає». Дитина сердиться, може кинути олівець, потім ховається за маму.

Методики:

Шульте: в нормі.

10 слів: 7→8→8→9; відстрочено 8 (пам'ять збережена).

Піктограма: малює охоче, пояснення коротке.

Класифікація: в нормі.

Додано (ключове): повтор складів/слів, серії «па-та-ка», оцінка просодики – виражена нестійкість.

Питання

1. Які ознаки «за» мовленнєву апраксію?
2. Чим відрізнити від дизартрії?
3. Чому емоційні зриви тут часті?
4. Що додати в діагностику?
5. Симптомокомплекс?
6. Які принципи корекції?
7. Шкільні ризики.

Відповіді

1. Нестійкість артикуляційних програм, різні варіанти одного слова, «розпад» довгих слів, порушення просодики.
2. При дизартрії більш стабільні помилки + моторна слабкість; при апраксії — планування рухів і варіативність.
3. Фрустрація «хочу сказати — не виходить».
4. Динамічні артикуляційні проби, повтор серій, оцінка праксису, логопедичний профіль.
5. Моторно-програмний мовленнєвий дефіцит (апраксичний).
6. Часті короткі тренування, поетапне формування складів, ритм/просодика, альтернативна комунікація при напрузі.
7. Ризик письма/читання через нестійкі звукобуквені зв'язки; потрібні адаптації на старті навчання.

Критерії оцінювання

Розрізняє апраксія vs дизартрія.

Називає ключові ознаки варіативності та просодики.

Пропонує додаткові проби й корекційні принципи.

## II. Молодший шкільний вік

**ПАВЛО** (8 років). РДУГ (комбінований тип):

Павло, 8, 2 клас. На уроці крутиться, вигукує, починає завдання й кидає. Вдома може зібрати LEGO годину, але уроки це «тортури». На співбесіді перебиває, відповідає не дослухавши інструкцію, просить нове завдання, коли складно.

Методики

Шульте: різкий старт, темп рваний, пропуски чисел, самокорекція слабка.

10 слів: 5→6→7→7; відстрочено 5–6 (вторинно через неухважність).

Піктограма: швидко, спрощено, багато однакових символів; пояснення поверхові.

Класифікація: знає принцип, але робить «скачки», помилки через імпульсивність.

Питання

1. Які маркери РДУГ у поведінці та пробах?
2. Як відрізнити від «поганого виховання»?
3. Чому пам'ять виглядає гіршою?
4. Які додаткові опитувальники/дані потрібні?
5. Симптомокомплекс?
6. Рекомендації для проведення дослідження?
7. Підхід до підтримки в школі.

Відповіді

1. Рваний темп, імпульсивні помилки, слабкий самоконтроль, труднощі утримання інструкції.

2. Стабільність проявів у різних середовищах, ранній початок, не залежить повністю від «хочу/не хочу».
3. Це не дефіцит збереження, а дефіцит кодування через увагу.
4. Дані вчителя/батьків, шкали РДУГ, історія розвитку, сон, коморбідна тривога/ОКР.
5. Дисрегуляторний (гіперактивно-імпульсивний) симптомокомплекс.
6. Короткі інструкції, таймер, паузи, контроль розуміння, мінімум відволікачів.
7. Структура, чіткі правила, підкріплення, дроблення завдань, рухові «вікна».

Критерії оцінювання

Вказує динаміку виконання (рваний темп, імпульсивність).

Пояснює вторинність зниження 10 слів.

Дає практичні рекомендації (структурування, інструкція, середовище).

**ІВАН** (7 років 6 міс.). РАС (аутистичний спектр) без інтелектуального зниження: соціальна комунікація, ригідність

Іван, 7,6, 1 клас. Читає технічно добре, знає факти про планети, але не грає з дітьми «по правилах» - нав'язує свій сценарій. Погано переносить зміни, може закривати вуха. Мова граматично непогана, але «як дорослий підручник», інтонація одноманітна, жести слабкі.

Методики:

Шульте: може бути дуже швидким, якщо мотивований, але реагує на зміну інструкції протестом.

10 слів: 8→9→9→10; відстрочено 9–10 (пам'ять добра).

Піктограма: нестандартні, «технічні» символи, пояснення формальні; емоційні слова опосередковує сухо.

Класифікація: правильно, любить «чіткі правила», але інколи класифікує надто вузько (ригідність).

Питання

1. Які ознаки РАС у кейсі?
2. Чим це відрізняється від «інтровертності»?
3. Які сильні сторони видно в пробах?
4. Які додаткові методики доцільні?
5. Симптомокомплекс?
6. Як будувати контакт під час дослідження?
7. Шкільні адаптації.

Відповіді

1. Соціальна взаємодія порушена, ригідність, сенсорна чутливість, особлива просодика, вузькі інтереси.
2. При інтровертності збережене «читання соціальних правил»; тут якісні труднощі соціальної комунікації.
3. Висока механічна пам'ять, систематизація, правила/структури.
4. ADOS-подібне спостереження, опитувальники батьків, тести соціального розуміння, прагматика мовлення.

5. Аутистичний симптомокомплекс (без когнітивного дефіциту за цими пробами).
6. Чіткі правила, прогнозованість, мінімум метафор, час на адаптацію.
7. Візуальний розклад, підготовка до змін, соціальні історії, сенсорні паузи.

#### Критерії оцінювання

Називає якісні ознаки РАС (не «просто сором'язливість»).

Виділяє сильні сторони і ригідність.

Пропонує адаптації та додаткову діагностику соціальної комунікації.

**АНДРІЙ** (9 років). Порушення пам'яті (вторинно-органічний/після струсу): кодування + виснажуваність Андрій, 9,4. Після легкої ЧМТ (струс) 2 місяці тому: швидше втомлюється, забуває домашні завдання, плаксивий. Каже: «ніби туман». На співбесіді старається, але очі «втомлені», темп падає наприкінці.

#### Методики

Шульте: нормальний старт, до кінця — спад темпу, більше пропусків.

10 слів: 4→5→6→6; відстрочено 4–5 (погане закріплення, потребує повторів).

Піктограма: на початку адекватна, потім спрощення, пропуски.

Класифікація: здебільшого правильно, але зростає кількість «неуважних» помилок у другій половині.

#### Питання

1. Які маркери виснажуваності/органічного фону?

2. Первинний чи вторинний дефіцит пам'яті?
3. Як відрізнити від шкільної тривоги?
4. Які додаткові неврологічні/соматичні дані потрібні?
5. Симптомокомплекс?
6. Організація дослідження?
7. Рекомендації школі.

Відповіді

1. Спад продуктивності, «туман», втома, погіршення до кінця, нестійкість уваги.
2. Часто вторинний через увагу/виснаження, але при травмі можливий і змішаний профіль.
3. Тривога дає перестраховку й напругу, але не так типовий «спад до кінця»; потрібне порівняння в різних умовах + анамнез «до-після».
4. Сон, головний біль, запаморочення, режим, рекомендації невролога.
5. Астенічний (екзогенно-органічний) симптомокомплекс.
6. Короткі блоки, перерви, найскладніше — на початку.
7. Менше обсягу, більше часу, контрольні в «кращий» час дня, підтримка режиму.

Критерії оцінювання

Відзначає спад до кінця як ключову ознаку астенії.

Коректно трактує вторинність пам'яті через увагу/втому.

Дає організаційні рекомендації (перерви, дозування навантаження).

**ЛІЗА** (8 років 8 міс.). Порушення сприйняття (зорово-просторовий/гностичний профіль): труднощі аналізу форми, конструктивний праксис

Ліза, 8,8. Читає повільно, плутає схожі букви, у зошиті «виїжджає» рядок, геометрію не любить. У побуті незграбна, важко складає конструктор за зразком. Усно розумна, оповідає добре.

Методики:

Шульте: норма або повільніше через візуальне сканування.

10 слів: 8-9-9-10; відстрочено 9 (пам'ять добра).

Піктограма: загалом адекватна, але малюнки спотворені просторово, нерівні пропорції.

Класифікація: в нормі.

Додано (за змістом): копіювання фігур/побудова за зразком – помилки просторових відношень.

Питання

1. Які ознаки «за» перцептивно-просторовий дефіцит?
2. Чому 10 слів може бути нормальним?
3. Як відрізнити від дислексії мовного типу?
4. Які додаткові проби обов'язкові?
5. Симптомокомплекс?
6. Ризики для навчання?
7. Підтримка в класі.

Відповіді

1. Плутання графічно схожого, проблеми конструкції за зразком, просторові помилки в письмі.

2. Бо слухо-вербальна пам'ять може бути збережена; провідний дефіцит – у зоровому аналізі/гнозисі.
3. При мовному типі — фонематичні/звуко-буквені помилки; тут – графічна/просторова.
4. Копіювання, “знайди відмінності”, впізнавання перекреслених/накладених фігур, конструктивні проби.
5. Перцептивно-гностичний (зорово-просторовий) симптомокомплекс.
6. Ризик дисграфії оптичного типу, труднощі математики/геометрії, списування.
7. Більше часу, зразки більшим шрифтом, робочий аркуш з розліновкою, усне пояснення замість суцільного списування.

Критерії оцінювання

Відрізняє мовний vs оптико-просторовий механізм.

Пропонує додаткові зорові проби.

Дає конкретні шкільні адаптації.

**АРТЕМ** (9 років). Дисграфія мовного типу (вбудовано) (ваш кейс S6 — без змін по суті, включено в загальний порядок).

Артем, 9, 3 клас. «Пише з помилками, хоч правила вивчив». На диктантах — заміни літер, пропуски, перестановки; багато виправлень. В анамнезі – затримка звуковимови, логозаняття. Усно правило пояснює, у письмі не застосовує, хвилюється: «я знову не так».

Методики:

Шульте: норма.

10 слів: 7→8→9→9; відстрочено 8–9.

Піктограма: адекватна, ~80–85%.

Класифікація: норма.

Додано: фонематичні пари – плутання; диктовка – акустико-артикуляторні заміни.

Питання

1. Ознаки мовного механізму дисграфії?
2. Чому нормальні Шульте/10 слів не суперечать?
3. Відмінність від зорово-просторового дефіциту?
4. Типові класи помилок?
5. Симптомокомплекс?
6. Які проби додати?
7. Рекомендації.

Відповіді

1. Стійкі фонематичні заміни, анамнез мовленнєвих труднощів, “знає — не реалізує”.
2. Провідний дефіцит — мовний аналіз/синтез, а не загальна когніція.
3. Тут акустико-артикуляторні заміни; при просторовому — графічно схожі літери, дзеркальність.
4. Заміни, пропуски, м'якість/Ь, злиття/розрив, спотворення складу.
5. Специфічний навчальний дефіцит письма (мовний тип).
6. Фонематичний слух, звуко-буквений аналіз, псевдослова, порівняння “списування vs диктовка”.
7. Логокорекція + шкільні адаптації (час, опори, без сорому).

Критерії оцінювання

Називає фонематичні маркери дисграфії.

Правильно розводить когнітивну норму і мовний дефіцит.

Пропонує чіткий набір додаткових проб та рекомендацій.

**ОЛЯ** (8–9 років). Тривожний школяр.

Оля, 8,10, 3 клас. Перед школою болить живіт, боїться помилитися, перепитує. Робить уроки дуже довго, стирає й переписує. На співбесіді скута, просить підтвердження, «завмирає» при суворому тоні.

Методики:

Шульте: повільно через перестраховку, помилок мало.

10 слів: 8→9→9→10; відстрочено 9–10.

Піктограма: дрібні, акуратні, багаторазове обведення.

Класифікація: правильно, але довго сумнівається.

Питання / Відповіді

(зміст збережено): маркери тривоги; відмінність від РДУГ; повільність без інтелектуального дефіциту; критика; додаткові питання; корекційні цілі та шкільні рекомендації.

Критерії оцінювання

Визначає надконтроль і соматичні прояви тривоги.

Коректно диференціює тривога vs РДУГ за характером помилок.

Формулює психокорекційні цілі + шкільні адаптації.

**ДЕНИС** (10 років). Постстресові реакції.

Денис, 10,5, 4 клас. Після травматичної події 3 міс. тому: кошмари, «знову показує», здригається від звуків, уникає теми, став розсіяним, інколи «зривається». При згадці тригера – блідне, просить паузу.

Методики:

Шульте: затримка старту, відволікання на звуки, спад до кінця.

10 слів: 6→7→7→8; відстрочено 6–7.

Піктограма: на «страх/сон/небезпека» – різкі паузи, конкретні травматичні символи/відмова.

Класифікація: норма, іноді «неуважні» помилки під кінець.

Питання / Відповіді

(зміст збережено): ознаки постстресу; диференціація від РДУГ; тригери; ризики ретравматизації; додаткові шкали; рекомендації.

Критерії оцінювання

Виділяє триаду: нав'язливі образи/уникання/гіпервозбудження.

Пояснює ситуаційну залежність когнітивних збоїв.

Дає етичні правила обстеження (контроль, паузи, без тиску).

### III. Підлітковий вік

**СОФІЯ** (16 років). Астенічний (екзогенно-органічний) симптомокомплекс

Софія, 16. Швидко втомлюється, безсоння, «не тримаю увагу». Спочатку стримана, потім активніша, до середини, виражена втома: помилки, відмова від частини проб. Серійний рахунок повільний, помилки коригує після підказки. 10 слів: повне запам'ятовування лише після 4-го пред'явлення, відстрочено 6. Піктограма: абстрактні поняття різко гірші.

Методики:

Шульте: прогресивний спад.

10 слів: потреба в повторенні, низьке відстрочене.

Піктограма: спрощення абстракцій.

Класифікація: правильна на початку, далі «просідає».

Питання / Відповіді

Маркери астенії; відмінність від лінії/немотивації (динаміка виснаження); пам'ять вторинна через увагу; чому абстракції «падають»; симптомокомплекс; медичні чинники; принципи дослідження (перерви, короткі блоки).

Критерії оцінювання

Виділяє динаміку виснаження як ключ.

Розрізняє вторинну когнітивну слабкість від первинної.

Дає грамотну організацію обстеження і перелік медичних уточнень.

## ДОДАТОК Б. Опорні таблиці до дисципліни «Патопсихологія»

### *Основні пізнавальні процеси: норма — порушення — прояви*

<b>Психічний процес</b>	<b>Норма</b>	<b>Порушення</b>	<b>Типові прояви</b>
Увага	Стійка, вибіркова	Дефіцит, розсіяність	Відволікання, імпульсивність
Пам'ять	Осмілене запам'ятовування	Амнезія, гіпомнезія	Швидке забування
Мислення	Логічне, узагальнене	Розірваність, конкретність	Символізм, резонерство
Сприйняття	Адекватне	Агнозія	Порушення впізнавання
Мовлення	Зв'язне	Афазія, алалія	Порушення експресії

### *Класифікація порушень мислення (патопсихологічний підхід)*

<b>Вид порушення</b>	<b>Характеристика</b>	<b>Приклад прояву</b>
Порушення узагальнення	Конкретність мислення	Неможливість виділити суттєве
Порушення логіки	Розірваність	Нелогічні судження
Порушення темпу	Уповільнення / прискорення	Брадимислення
Порушення цілеспрямованості	Резонерство	Відхід від теми

## *Порушення пам'яті: види та діагностичні орієнтири*

---

<b>Вид порушення</b>	<b>Що страждає</b>	<b>Діагностичні маркери</b>
Гіпомнезія	Обсяг	Швидке виснаження
Амнезія	Відтворення	Втрата спогадів
Парамнезії	Точність	Конфабуляції

## *Порушення мовлення у патопсихології*

<b>Вид порушення</b>	<b>Рівень</b>	<b>Характеристика</b>
Афазія	Корковий	Втрата мовленнєвих функцій
Алалія	Онтогенез	Несформованість мовлення
Дизартрія	Моторний	Порушення артикуляції

**НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ**