

Східноєвропейський національний університет
імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної та клінічної психології

**А. П. МЕЛЬНИК, Л. І. МАГДИСЮК,
Т. І. ДУЧИМІНСЬКА**

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ
ТА СПЕЦПРАКТИКУМ
З КЛІНІЧНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ**

Навчально-методичний посібник

Луцьк
Вежа-Друк
2018

УДК 159.97(072)

М-48

*Рекомендовано до друку методичною радою
Східноєвропейського національного університету імені Лесі
Українки (протокол № 1 від 24 жовтня 2018 р.)*

Рецензенти:

Павелків Р. В. – доктор психологічних наук, професор Рівненського державного гуманітарного університету;

Гошовський Я. О. – доктор психологічних наук, професор кафедри вікової та педагогічної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки.

Мельник А. П.

М-48 Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навч.-метод. посіб. / уклад. Антоній Петрович Мельник, Людмила Іванівна Магдисюк, Тамара Іванівна Дучимінська. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 152 с.

Навчально-методичний посібник до курсу «Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики» створений з метою сприяння вивченню системи психологічних знань про структуру порушень психічної діяльності особистості та закономірності її розпаду в співставленні з нормою. Основними завданнями дисципліни «Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики» є: ознайомлення студентів – психологів з порушеннями пізнавальної діяльності, патопсихологією особистості; систематизація основних теоретичних понять та категорій дисципліни; розвиток у студентах вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку; вивчення питання про співвідношення розвитку і розпаду психіки; навчання діагностичних підходів у патопсихології і психіатрії; засвоєння даних про стан особистості з психічними відхиленнями, її пізнавальної діяльності, емоційно – вольової сфери, особистості в цілому.

Для науковців, викладачів, студентів та всіх, хто цікавиться проблемами патопсихології.

УДК 159.97(072)

© Мельник А. П., Магдисюк Л. І.,
Дучимінська Т. І. (укладання), 2018
© Троцюк М. В. (обкладинка), 2018

ЗМІСТ

ВСТУП	5
--------------------	----------

Розділ I. ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ЯК НАУКИ. СТАНОВЛЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ ПАТОПСИХОЛОГІЇ	6
---	----------

1.1. Патопсихологія як наука та навчальна дисципліна: її предмет і завдання.....	6
1.2. Історичний розвиток та становлення патопсихології як науки	14

РОЗДІЛ II. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ГНОСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПСИХІКИ: ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ	34
--	-----------

2.1. Розлади відчуттів.....	34
2.2. Розлади сприймання	35
2.3. Розлади пам'яті	38
2.4. Розлади мислення.....	42
2.5. Порухення мови та мовлення	47

Розділ III. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ	57
--	-----------

3.1. Порухення емоцій	57
3.2. Порухення волі	60

Розділ IV. ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУ ТА РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ	64
---	-----------

4.1. Розлади інтелекту.....	64
4.2. Деменція.....	68
4.3 Олігофренія.....	76
4.4. Шизофренія	81
4.5. Епілепсія.....	91

Розділ V. МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	104
5.1. Методика ЛОБІ	104
5.2. Опитувальник FPI	119
5.3. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М.Фергюссона	128
5.4. Методика виявлення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге	130
5.5. Методика «Зірка Гінгера» (Проективний метод психодіагностики «внутрішньої картини здоров'я»)	133
Словник фобій	139
Список використаної та рекомендованої літератури	144

ВСТУП

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

Метою викладання навчальної дисципліни «Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики» є засвоєння системи психологічних знань про структуру порушень психічної діяльності особистості та закономірності її розпаду в співставленні з нормою.

Основними завданнями дисципліни «Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики» є: ознайомлення студентів – психологів з порушеннями пізнавальної діяльності, патопсихологією особистості; систематизація основних теоретичних понять та категорій дисципліни; розвиток у студентах вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку; вивчення питання про співвідношення розвитку і розпаду психіки; навчання діагностичних підходів у патопсихології і психіатрії; засвоєння даних про стан особистості з психічними відхиленнями, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, особистості в цілому.

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

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

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

РОЗДІЛ 1. ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ЯК НАУКИ: СТАНОВЛЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

1.1 Патопсихологія як наука та навчальна дисципліна: її предмет і завдання

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

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

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

Завдання патопсихології:

– аналіз закономірностей розладу психіки, зокрема змін особистості психічно хворих;

– психологічна діагностика порушень психіки хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової, військової експертизи.

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

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

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

Теоретичне:

– патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності (за словами І. П. Павлова, патологічне дуже часто спрощує те, що закрите від нас у нормі);

– використання патологічного матеріалу може виявитися корисним у розв'язанні питання про співвідношення біологічного й соціального в розвитку психіки.

Прикладне:

– у психологічних лабораторіях накопичено експериментальні дані, які характеризують порушення психічних процесів за різних форм захворювань, що можуть бути додатковим матеріалом у встановленні діагнозу;

– у психологічному експерименті може бути поставлено завдання аналізу структури, встановлення рівня психічних порушень хворого, його інтелектуального зниження;

– застосування адекватних психологічних досліджень дає змогу визначити характер дії нових лікувальних засобів, які впроваджуються в терапевтичну практику;

– дані, отримані під час патопсихологічного дослідження, можуть використовуватися для аналізу можливостей особистості хворого щодо збережених її сторін і перспектив компенсації втрачених властивостей, задля вибору психотерапевтичних заходів та проведення психічної реабілітації.

Поняття про психічну патологію

Визначити психічну патологію дуже нелегко. Більшість відомих дефініцій сходяться на тому, що це відхилення від загальноприйнятих норм, які супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією й небезпекою, яку людина несе сама собі та оточуючим.

Ознаки психічної патології:

– відхилення від норми (тобто людина дуже відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна; судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, від писаних і неписаних правил поведінки, прийнятих у суспільстві);

– постійні душевні страждання (тобто неприємні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій);

– психічна дисфункція, що заважає людині належно виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так збиває її з толку, так хвилює, що вона не може достатньо піклуватися про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати);

– небезпека, яку несе в собі людина (крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, що стає небезпечною для самої людини й для інших; однак багато людей, котрі страждають від постійної тривоги, депресії та навіть дивно себе поведуть, не становлять безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

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

Час від часу ми бачимо людей чи чуємо про тих, хто, зазвичай, поводить себе дуже дивно, наприклад дізнаємося про те, що дехто живе сам із дюжиною котів і практично ні з ким не розмовляє. Поведінка таких людей відхиляється від норми, вона може приносити людині неприємності, сприяти психічній дисфункції, але багато спеціалістів вважають її, швидше, ексцентричною, ніж патологічною.

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

Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики

Можна вважати, що співвідношення клінічної психології та медичної таке ж, як відношення клініки й медицини взагалі. При такому підході під ***клінічною психологією*** можна розуміти галузь медичної психології, прикладне значення якої визначається потребами клініки – психіатричної, неврологічної, соматичної. Цю точку зору поділяє Ст. Іванов (1971), розглядаючи клінічну психологію

як частину медичної, ставить перед собою більш безпосередні діагностичні завдання та розрізняє такі складові клінічної психології, як патопсихологія, нейропсихологія, соматопсихологія.

Поділ клінічної психології на пато-, нейро- й соматопсихологію значною мірою умовний. Їх значно зближує використання в кожній із зазначених областей методів дослідження, розроблених в інших, а також наявність прикордонної патології, що є предметом вивчення декількох наук. Поняття патопсихології іноді без підстав ідентифікують із психопатологією, хоча вони зовсім не тотожні, незважаючи на їх зовнішню схожість і єдність, що утворюють корені цих слів. Патопсихологія, за визначенням Б. В. Зейгарник (1969), досліджує структуру порушень психічної діяльності, закономірності її розпаду в їх зіставленні з нормою, при цьому вона дає кваліфікацію психопатологічних явищ у поняттях сучасної психології. Психопатологія – наука суто медична, розділ психіатрії, вона оперує переважно клінічними поняттями. Психопатологія, тобто загальна психіатрія, займається описом ознак психічного захворювання в динаміці, у перебігу хвороби. А. В. Снежневський (1970) убачає основну відмінність психопатології від психології в тому, що перша оперує поняттями медичними (етіологія, патогенез, симптом, синдром) і використовує загальнопсихологічні критерії (виникнення й результат хвороби). Однак слід зауважити, що патопсихологія використовує ці клінічні критерії, оскільки без постійного співвіднесення з ними вона б утратила своє практичне, прикладне значення. Дані патопсихологічного дослідження в обов'язковому порядку повинні співвідноситись із психічним статусом хворого, зі стадією перебігу захворювання, із його динамікою. О. П. Росин (1974) вважає, що патопсихологія так само, як і психопатологія, вивчає закономірності й стереотип розвитку психічної хвороби, але предметом її дослідження є не закономірність зміни симптомів і синдромів, а певна ланка в структурі симптомоутворення, тобто те, що передує психопатологічним утворенням у патогенезі хвороби. Патопсихологія – необхідна ланка в загальній патології психічного. Психопатологія, як і патопсихологія, є наукою, що вивчає розлади психіки, але вони при цьому користуються різними методами. Якщо патопсихологія вивчає психічні розлади методами психології, то психопатологія

здебільшого застосовує клініко-описовий метод. Приводом для тверджень про те, що психопатологія та патопсихологія – це одна й та сама наука, іноді, очевидно, є та обставина, що і патопсихологія, і психопатологія мають справу з одним і тим самим об'єктом, порушеннями психічної діяльності. Однак, вивчаючи одні й ті ж прояви психічної патології, наприклад розірваність мислення або резонерство, патопсихологи досліджують їхню психологічну структуру, а психопатологи дають клінічний опис цих ознак, простежують особливості їх виникнення та зв'язок з іншими, що спостерігаються в клініці розладами мислення.

Патопсихологія тісно пов'язана з такими галузями наукового знання й практики, як:

- *медична психологія* (патопсихологія є однією зі складових медичної психології, що інтенсивно та плідно розвивається);

- *психологія* (аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування й протікання психічних процесів, властивостей і станів у нормі; патопсихологічні дослідження дають можливість глибше пізнати закономірності функціонування та розвитку нормальної психіки, вивчити психічну норму, психічне здоров'я, фактори, які активізують чи гальмують розвиток особистості в процесі її онтогенезу й соціогенезу);

- *судова, трудова, військова експертизи* (дані патопсихологічних обстежень використовуються для встановлення міри вираження психічного дефекту);

- *психопатологія* (психопатологічні дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних процесів, а патопсихологія розкриває характер протікання й особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних симптомів);

- *вікова психологія* (у певні періоди життя, особливо під час вікових криз, можливе виникнення, посилення чи загострення психопатологічних проявів; так, існують психічні захворювання, характерні для підліткового та юнацького віку, захворювання старечого віку й ін.);

- *дитяча психологія* (спеціалізується на вивченні порушень психічного розвитку в дитячому віці);

– *судова психологія* (серед правопорушників наявний певний відсоток людей, які страждають на ті чи інші психічні захворювання або відхилення);

– *педагогіка*, зокрема методика навчання (до сфери інтересів патопсихології входить також і психологічна корекція відхилень та аномалій психічного розвитку).

Принципи патопсихологічних досліджень

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

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

– *Принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого*. Важливо не тільки те, якої складності чи якого обсягу завдання осмислив і виконав хворий, а й те, як він осмислював, чим зумовлені його помилки й труднощі. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі розв'язання експериментальних завдань, – це важливий матеріал для оцінювання того чи іншого порушення психічної діяльності хворих.

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

– Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, що можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності; мотиви, що спонукають цю діяльність. При цьому патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не лише розумові операції хворого, але і його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи тощо.

– Будова патопсихологічного експерименту повинна давати можливість виявляти структуру не лише змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого. Це важливо для розв'язання питання відновлення порушених функцій. Проблема збережених можливостей постає особливо гостро для з'ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання й ін.

– У патопсихологічному дослідженні слід урахувувати ставлення хворого до досліду, яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові досліджувані намагаються виконати інструкцію, «приймають» завдання, а психічно хворі іноді не лише не намагаються розв'язати завдання, а й неправильно тлумачать дослід чи чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту зі здоровою людиною експериментатор попереджає, що будуть сказані слова, у які вона повинна вслухатися, то здоровий досліджуваний активно спрямовує свою увагу на сказані експериментатором слова. Під час проведення цього експерименту з негативістським хворим часто виникає протилежний ефект: хворий активно не хоче слухати. За таких умов експериментатор змушений проводити експеримент наче «обхідним шляхом»: вимовляє слова ніби ненавмисно й реєструє реакції хворого. Нерідко доводиться експериментувати з хворим, який інтерпретує ситуацію дослідження ідеями маячення, наприклад вважає, що експериментатор діє на нього «гіпнозом», «променями». Зрозуміло, що таке ставлення хворого до експерименту позначається на способах розв'язання завдання, він часто виконує прохання експериментатора навмисно неправильно, відтягує відповіді тощо. У таких випадках побудову експерименту слід змінити.

– У патопсихологічному дослідженні використовують велику кількість методик. Це пояснюється тим, що процес розладу психіки

не відбувається однорівнево. Практично не буває так, щоб в одного хворого порушувалися лише процеси синтезу й аналізу, а в іншого страждала виключно цілеспрямованість особистості. Під час розв'язання будь-якого експериментального завдання можна робити висновок про різні форми психічних порушень. Однак, незважаючи на це, не кожен методичний прийом дає змогу з однаковою очевидністю, чіткістю та достовірністю говорити про ту чи іншу форму або міру порушення. Крім того, порушення психічної діяльності хворого часто буває нестійким. За покращення стану хворого деякі особливості його мислительної діяльності зникають, інші залишаються. При цьому характер виявлених порушень може змінюватися залежно від особливостей самого експериментального прийому; тому зіставлення результатів різних варіантів якого-небудь багаторазово повторюваного методу дає підставу робити висновок про характер, якість, динаміку порушень психіки хворого.

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

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

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

Запитання для самоперевірки:

1. *Дайте визначення патопсихології.*
2. *Що вивчає патопсихологія?*
3. *У чому полягає завдання патопсихології?*
4. *У чому полягає значення патопсихології для психології?*
5. *У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?*

6. Назвіть ознаки психічної патології.
7. Із якими науками пов'язана патопсихологія?
8. Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.
9. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.
10. Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти структуру не лише змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого.
11. Чому в патопсихологічному дослідженні використовують багато методик?
12. Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології?

1.2. Історичний розвиток та становлення патопсихології як науки

За результатами досліджень ВООЗ, щороку 30 % дорослого населення і 20 % дітей та підлітків США страждають на серйозні психічні порушення й потребують лікування. Більшість людей мають труднощі в різних аспектах життя та час від часу відчувають сильний стрес, напруження, депресію й інші форми психологічного дискомфорту. У кожному суспільстві і в минулому, і зараз були та мають місце прояви психічної патології. За Р. Коммером, погляди на її причини й методи лікування були неоднаковими.

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

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

У більш пізніх суспільствах патологічну поведінку теж пояснювали одержимістю демонами (єгипетські, китайські, єврейські джерела). Патологію лікували вигнанням «бісів» (екзорцизм). Шаман (чи жрець) читав молитви, умовляв духів зла, сварив їх, проводив

магічні дії, давав людині, одержимій злими духами, пити гіркі рідини. Якщо це не допомагало – людину бичували або не давали їй їсти.

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

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

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

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

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

Водночас римський лікар Аретей Каппадокійський описав маніакальну та депресивну фази психозу. Клавдій Гален дав анатомічний опис центральної нервової системи. Римський лікар Целій Авреліан (V ст. н. е.) був першим, хто вважав, що причиною психічних хвороб можуть бути соматичні захворювання. Античні спеціалісти лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні й психологічні засоби. Перш ніж пустити хворому кров чи обмежити свободу його пересу-

вання, багато грецьких лікарів спочатку виписували хворому теплу та дружню підтримку, музику, масаж, фізичні вправи й ванни.

Середньовічна Європа: повернення демонології. У середньовічній Європі часів 500–1350 рр. н. е. інтенсивно зростала влада духовенства. Церква заявила про незалежність душі від тілесної оболонки й знищувала всі наукові обґрунтування сутності психічних явищ. Поведінку, що відхилялася від загальноприйнятих норм, розглядали як свідчення впливу сатани. В усіх країнах Європи панувало уявлення про психічно хворих як про одержимих злим духом, дияволом, біснுவатих. Якщо в період раннього середньовіччя психічно хворих направляли в монастирі й монахи лікували їх заклинаннями, то вже в XV–XVI ст. суди святої інквізиції визнавали їх одержимими дияволом і спалювали на вогнищах, що палали в Європі понад 200 років.

На цей період випадають спалахи масового божевілья, коли в багатьох людей були однакові видіння та галюцинації. При одному такому психічному порушенні, тарантизмі групи людей раптово починали стрибати, роблячи круги, танцювати й битись у конвульсіях. Усі були впевнені, що цих людей укусив «вовчий павук» – тарантул. За іншої форми масового безумства, лікантропії люди вважали, що їхніми душами оволоділи вовки чи інші звірі. Так звані перевертні поводити себе так, як звірі, та уявляли, що їхнє тіло покритлося шерстю. За В. М. Кузнєцовим і В. М. Чернявським, Середньовіччя залишило немало цікавих свідчень щодо психічних недуг у самих служителів святої церкви, яких згодом зарахували до лику святих. Так, у своїх видіннях святий Антоній бачив тигрів, вовків, змій, биків, що кидалися на нього, кусали, били рогами. Видіння, схожі на галюцинації при білій гарячці, бачив святий Мартин: перед ним поставав сам Сатана в розкішному одязі, у короні з рогів. Звичайно, ці психічні розлади у відомих діячів церкви не розцінювалися як хвороби.

Починає відроджуватись екзорцизм. Священики зверталися до Бога з молитвами, давали хворим пити свячену воду, гіркі рідини. Якщо це не допомагало – принижували злих духів або ж не давали хворому їсти, били його, ошпарювали окропом чи розтягували.

У кінці Середньовіччя світська влада почала будувати лікарні, узяла на себе турботу про хворих, у тому числі й із психічними по-

рушеннями. Багато психічно хворих стали лікуватись у лікарнях, таких як лікарня Трінті в Англії.

Епоха Ренесансу: початок створення притулків для психічно хворих людей. Інтенсивна урбанізація, розвиток промисловості поставили перед суспільством проблему ізоляції значної кількості психічно хворих. У великих містах для них створювали притулки. Хворих перестали страчувати, однак ставлення до них залишилося жорстоким. Притулки мали жалюгідний вигляд, нагляд за хворими здійснювали люди, які були далекими від медицини. Збуджених, неспокійних хворих приковували ланцюгами. Перший медик, котрий спеціалізувався на душевних захворюваннях, – німецький лікар Йоган Вейер (1515–1588). Він вважав, що розум теж піддається захворюванням, як і тіло.

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

Однак до середини XV ст. в міру того, як притулки переповнювалися, вони перетворювалися на своєрідні в'язниці, де пацієнтів утримували в брудних приміщеннях і поводитися з ними жорстоко. Наприклад, у 1547 р. лондонська Віфлеємська лікарня була віддана місту королем Генріхом VIII для утримування душевнохворих. У цьому притулку пацієнтів тримали в ланцюгах, і вони так кричали, що їхні крики було чути в усіх околицях (згодом ця лікарня перетворилася на туристський атракціон).

XVIII–XIX ст.: моральне лікування. На період до 1800 р. у лікуванні душевнохворих з'являються суттєві покращення. Велика Французька революція створила сприятливі умови для розвитку науки взагалі й психіатрії зокрема. Уряд прийняв низку декретів про поліпшення утримання хворих, створення спеціальної комісії та з реорганізації психіатричної допомоги.

У 1792 р. професор медичної школи Філіпп Пінель із дозволу Конвенту зняв ланцюги з хворих психіатричної лікарні в Сальпетрієрі. У 1793 р. він став головним лікарем паризького притулку для

душевних хворих чоловіків. Філіпп Пінель доводив, що хворих слід лікувати з допомогою моральної підтримки, він надавав їм свободу пересування територією лікарні, замінив їхні темниці сонячними кімнатами з хорошою вентиляцією, запропонував моральну підтримку й добрі поради як необхідну частину лікування. У самопочутті багатьох людей, котрі просиділи десятиліття під замком, дуже швидко з'явилися помітні покращення, їх випустили на волю. Пізніше Філіпп Пінель провів подібні реформи в паризькій лікарні для жінок із психічними порушеннями. Із того часу стали впроваджувати якісно нові принципи в організацію психіатричної допомоги. Людей із психічними розладами офіційно визнавали хворими, притулки отримали назву психіатричних лікарень, з'явилися передумови для організації лікування, наукового узагальнення та систематизації спостережень. Ці гуманістичні ідеї поширювались і в інших країнах.

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

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

Шкільна вчителька Дороті Дікс досягла того, що людяність у турботі про душевнохворих стала предметом уваги суспільства. Завдяки її діяльності (їздила штатами й розповідала про жахи, які бачила в лікарнях, закликала до реформ) уряд став витрачати більше грошей на лікування хворих із психічними порушеннями. Кожен штат ніс відповідальність за розвиток національної системи лікарень для душевнохворих.

У 1837 р. шотландський лікар О'Коннолі запропонував повністю ліквідувати всі форми утиску хворих, пониження їхньої людської гідності. Проте вони ще довго зберігались у Німеччині та США. Цьому сприяли різні філософські погляди. Так, Е. Кант вважав, що психіатрія – це не медична наука, що психічно хворі належать

до компетенції не лікарів, а філософів. Тому їхнім лікуванням займалися філософи. Вони ж і викладали психіатрію. На думку німецьких психіатрів-філософів, психоз треба розглядати як хворобу душі, що є наслідком злої волі або ж гріха. Філософи не визнавали ролі соматичних порушень у виникненні психічних розладів.

У німецькій психіатрії існувала школа соматиків. Її представники причиною душевних розладів вважали соматичні захворювання. Наукові погляди в німецькій психіатрії розвивав В. Грізінгер (1876). Він вважав, що основа психічних порушень – патологічні процеси в мозку. Погляди німецьких психіатрів-соматиків сприяли зближенню психіатрії із загальною медициною й мали позитивний вплив на розвиток психіатрії як у Німеччині, так і за її межами.

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

До 1850-х років у багатьох лікарнях Європи та США багато пацієнтів вилікували й виписали. Однак до кінця XIX ст. ситуація змінилася на гірше, а саме:

- труднощі з персоналом;
- не всі пацієнти могли вилікуватися лише внаслідок гуманного ставлення до них;
- у міру того, як усе більше пацієнтів щезало в далеких від цивілізацій лікарнях, люди вважали, що всі психічно хворі – дивні та небезпечні; відповідно, знизилася благодійність.

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

На початок XX ст. виділяються два погляди на причини виникнення психічних порушень:

- *соматогенний*: патології поведінки зумовлені фізичними причинами. У 1883 р. німець Еміль Крепелін довів, що такий фі-

зичний фактор, як втома, може бути причиною психічної дисфункції. Запропоновано багато способів лікування психічно хворих, але вони були неефективними (видалення зубів, мигдалин, хірургічне розсікання деяких нервових волокон у головному мозку). У 1950-ті роки відкрито кращі методи;

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

Загалом *початок ХХ ст. ознаменувався виникненням нової галузі психологічної науки – патологічної психології*. Однією з перших узагальнювальних праць із патофизиології була «Психопатологія у застосуванні до психології» швейцарського психіатра Г. Штеррінга.

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

У 1554 р. Іван Грозний видав указ, у якому вимагав від монастирів турбуватися про «малоумних», забезпечувати їм харчування й догляд. Така форма піклування про хворих існувала до ХVІІІ ст. А наприкінці царювання Петра І з'явився царський указ про заборону посилати психічно хворих у монастирі й про влаштування для них спеціальних будинків. Закон від 07.09.1775 р. так регламентує діяльність таких будинків: «...чтобы дом был избран довольно просторный и крепкий, чтобы утечки из него учинить невозможно было. Такой дом нужно снабдить пристойным, добросердечным, твёрдым и исправным надзирателем и нужным числом людей смо-

трения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но притом имели за ними крепкое и неослабное во всякое время смотрение, чтоб сумасшедший сам себе и никому вреда не учинил».

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

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

Розуміння душевних розладів як хвороби визначало й характер будівництва лікарень – для лікування, а не для притулку. Очолили психіатричні заклади лікарі, які мали підготовку з психіатрії. А це, зі свого боку, створювало умови для встановлення медичного режиму, догляду, методів лікування та аналізу спостережень.

Професор хірургії й психіатрії Харківського університету П. А. Бутківський у підручнику з психіатрії (1834 р., це був перший підручник із психіатрії російською мовою) закликав гуманно ставитися до хворих: «...ми повинні показувати всю ніжність і співчуття до тих, хто втратив розум, не заковуючи цих нещасних, як злочинців, у кайдани, темниці чи смердючі мокрі прірви смиренних будинків, куди співчутливий погляд людства ніколи не проникає і де їх... демонструють, ніби диких звірів тим, хто від ситості та дурної цікавості знаходить задоволення бачити сих нещасних страждальців».

Розвиток психіатрії завдячує діяльності В. Х. Кандинського (висунав учення про псевдогалюцинації), В. П. Осипову, І. П. Павлову, П. Б. Ганнушкіну (досліджували психічні процеси, а також психози як діяльність усього мозку, усіх ланцюгів центральної

нервової системи), П. К. Анохіна, Г. Н. Крижанівського. Патофізіологічні напрями розробляв у своїх працях В. П. Протопопов, який створив в Україні своєрідну школу вчених-психіатрів. Серед них – Й. А. Поліщук. Його біохімічні дослідження доводять матеріалістичну природу психічних хвороб, дають змогу виділити досить специфічні біохімічні синдроми при психічних розладах. В Україні працювали й такі відомі вчені-клініцисти, як Т. І. Юдін, Є. А. Попов, К. І. Платонов, Я. П. Фрумкін, П. В. Бірюкович, І. Я. Завілянський та ін.

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

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

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

Вагомими стали для сучасної патопсихології сформульовані В. М. Бехтеревим та С. Д. Владичко вимоги до методик: простота (для розв'язання експериментальних завдань досліджувані повинні володіти особливими знаннями, навичками), портативність (можливість дослідження безпосередньо біля ліжка хворого, поза

лабораторною обстановкою), попереднє випробування методики на великій кількості здорових людей відповідного віку, статі, освіти.

А. Ф. Лазурський (учень В. М. Бехтерева), завідувач психологічної лабораторії в Психоневрологічному інституті, організатор власної психологічної школи, розробив природний експеримент для педагогічної практики, який упроваджено і в клінічну практику. У клініці природний експеримент застосовували під час організації дозвілля хворих, їхніх занять і розваг – зі спеціальною метою давались арифметичні задачі, ребуси, загадки, завдання відтворити пропущені літери та склади в тексті тощо.

Іншим центром, у якому розвивалася клінічна психологія, була психіатрична клініка С. С. Корсакова в Москві. (С. С. Корсаков багато зробив для організації психіатричної допомоги, реформування принципів догляду за психічно хворими; описав поліневритичний психоз, довівши, що психопатологія може бути зумовлена ураженням мозку й узагалі нервової тканини; на міжнародному з'їзді в 1897 р. цей поліневритичний психоз назвали хворобою Корсакова, що визнали психіатри всього світу). У цій клініці в 1886 р. організовано другу в Росії психологічну лабораторію, якою завідував А. А. Токарський. С. С. Корсаков, як і всі представники прогресивних напрямів у психіатрії, дотримувався тієї думки, що знання основ психологічної науки дає можливість правильно розуміти розлад психічної діяльності психічно хворої людини. А. А. Токарський в одній зі своїх статей доводив, що відхилення інтелектуальної діяльності хворих не зводяться до розладу окремих здібностей, а що йдеться про складні форми порушень усієї цілеспрямованої мислительної діяльності. Усе більше зростав інтерес психіатрів, невропатологів до експериментальної психології. Це проявлялося, зокрема, і в тому, що низка засідань Московського товариства психіатрів присвячувалась ознайомленню з методами психологічного дослідження.

Напередодні Великої Жовтневої соціалістичної революції в Росії стала формуватись експериментальна патопсихологія: у 1911 р. вийшла книга О. М. Бернштейна, присвячена опису методик експериментально-психологічного дослідження; тоді ж Ф. Г. Рибаків видав свій «Атлас психологічного дослідження особистості».

Б. В. Зейгарник відзначає велику співдружність провідних психіатрів і невропатологів того часу з психологами. Багато з них, наприклад, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, А. І. Сербський, Г. І. Россолімо, О. М. Бернштейн, В. А. Гіляровський, самі були провідниками передових ідей психології свого часу й сприяли розвитку психології в науково-організаційному напрямі. Вони починали свої лекції з основ психологічної науки, були членами психологічних наукових товариств, редакторами психологічних журналів тощо.

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

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

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

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

в) ураження одних і тих самих ділянок кори має різне значення на різних етапах психічного розвитку. Ці положення багато в чому визначили шлях патопсихологічних і нейропсихологічних досліджень.

Сам Л. С. Виготський своїми експериментальними дослідженнями поклав початок вивченню розладу мислення. Для побудови своєї теорії про вищі психічні функції він використовував дані патопсихологічних досліджень. Інтенсивні експериментально-психологічні дослідження проводили в Ленінградському інституті мозку ім. В. М. Бехтерева протягом декількох десятиліть під керівництвом В. М. М'ясищева. Він прагнув поєднувати психіатрію та психологію й упроваджувати об'єктивні методи дослідження хворих у психіатричні клініки. Розроблено методики об'єктивної реєстрації емоційних компонентів психічної діяльності людини (як об'єктивний показник використовували електрошкірну характеристику людини, що реєструвалася за допомогою гальванометра).

Низка праць, виконаних у відділі Ленінградського інституту мозку, присвячена аналізу будови трудової діяльності хворих, вивченню впливу ставлення хворих до праці на їхню працездатність. На основі цих досліджень В. М. М'ясищев висунув положення про те, що порушення працездатності слід розглядати як основний прояв душевної хвороби людини та що показник працездатності є одним із критеріїв психічного стану хворого. Роботи ленінградської школи патопсихологів цього періоду досі не втратили свого актуального значення як за змістом, так і за експериментальними методиками.

Здійснено низку досліджень у психологічній лабораторії Центрального науково-дослідного інституту експертизи працездатності, створеного вперше у світі в СРСР. Тут виконано праці, присвячені особливостям інтелектуальної діяльності хворих, які перенесли травми головного мозку, характеристики психічної діяльності й працездатності хворих на епілепсію та шизофренію.

У роки Великої Вітчизняної війни патопсихологи включились у відновлювальну роботу в нейрохірургічних госпіталях. Предметом патопсихологічних досліджень стають порушення психічної діяльності, спричинені травмами головного мозку, та їх відновлення. Однією з провідних у галузі патопсихології є проблема розладу пізнавальної діяльності. Роботу в цій галузі здійснювали в різних напрямках: досліджували зміни особистісного компонента в структурі розладів пізнавальних процесів (лабораторія Московського інституту психіатрії й лабораторія патопсихології факультету психології МДУ), розробляли питання про зв'язок порушень пізнавальних процесів із процесом актуалізації знань (лабораторія Інституту психіатрії Академії медичних наук). Інша лінія досліджень спрямована на психологічний аналіз спостережуваних у психіатричній клініці порушень особистості.

Проводили дослідження змін ієрархічної побудови мотивів, їх смислоутворювальної функції; вивчали внутрішню картину хвороби при різних психічних захворюваннях (лабораторія патопсихології факультету психології МДУ, патопсихологічна лабораторія Московського інституту психіатрії). Використовуючи теорію установки Д. М. Узнадзе, низка психологів та психіатри Грузії вивчали порушення установок при різних формах психічних захворювань.

Із розвитком патопсихології розширювалися патопсихологічні дослідження в експертній практиці – судово-психіатричній і трудовій. Проблема трудової й соціальної реабілітації приваблювала увагу представників різних спеціальностей; розширювалася мережа лабораторій із відновлення як окремих порушених функцій, так і працездатності хворих людей.

Особливого розвитку набули патопсихологічні дослідження в дитячих психоневрологічних закладах. Розроблялися методики, що сприяли ранній діагностиці розумової відсталості; здійснювався аналіз складних картин слабоумства та недорозвитку в дитячому віці з метою пошуків додаткових диференціально-діагностичних ознак і симптомів; на основі положення Л. С. Виготського про зону найближчого розвитку розробляли низку методик навчального експерименту, спрямованих на виявлення прогностично важливих ознак наукованості дітей.

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

Відомим представником вітчизняної патопсихології є психолог зі світовим ім'ям – Блюма Вольфівна Зейгарник (1900–1988). Вона розробила теоретичні основи патопсихології, описала характер патологічного протікання окремих психічних процесів, сформулювала важливі принципи роботи патопсихолога. Будучи ученицею Курта Левіна, вона здійснила відоме дослідження з проблеми запам'ятовування завершених і незавершених дій, що далі отримали назву «ефект, чи феномен Зейгарник». Його суть у тому, що незавершені дії запам'ятовуються людиною набагато краще, ніж завершені.

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

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

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

- антипсихотичні ліки, що допомагають виправити затьмарення свідомості й викривлення мислення;
- антидепресанти, що піднімають настрій людей, котрі перебувають у депресії;
- заспокійливі засоби, що допомагають зняти напруженість і тривожність.

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

Починаючи з 50-х років ХХ ст., в амбулаторному лікуванні почали розвиватися спеціальні програми, які фокусують увагу винятково на якомусь одному типі психологічних проблем.

У США, наприклад, є центри, які займаються роботою із запобігання самовбивствам, із профілактики зловживань психоактивними речовинами, програми, пов'язані з порушенням харчування, лікування різних фобій, програми із проблем сексуальної дисфункції.

У системі Міністерства охорони здоров'я України існують:

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

При психіатричних лікарнях, психоневрологічних лікарнях для людей із пограничними станами, психосоматичних відділеннях при соматичних лікарнях і психоневрологічних диспансерах існують дитячі відділення.

Загальна характеристика найбільш поширених психічних захворювань

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

Найчастіше психози проявляються таким чином:

– *Маячення* – ідеї, судження, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані. Вони повністю оволодівають свідомістю хворого, не піддаються корекції через переконання й пояснення. Хворий оцінює свої дії як правильні, активно бореться з їх противниками. Зміст маячення може бути найрізноманітнішим, але найчастіше трапляється маячення переслідування (хворі впевнені, що за ними слідкують із космосу, приватні детективи, агенти КГБ чи ЦРУ, сусіди), маячення збитків (хворі впевнені, що крадуть їхні речі, хочуть вигнати їх із квартири), маячення впливів (зі сторони інопланетян, чарівників). Трапляється маячення ревнощів, сутяжництва, винахідництва, реформаторства, іпохондричне маячення (хворий переконаний, що він страждає на якусь страшну, невиліковну хворобу). Маячення завжди є ознакою психозу. При неврозах маячення не буває.

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

обличчі хворого можна помітити посмішку, якщо голоси страшні – на його обличчі відобразиться страх.

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

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

Депресія – це такий стан, коли афект туги виступає на перший план. У хворих відзначається пригнічений настрій, інтелектуальна й рухова загальмованість. Вони відчують пригнічуючу, безвихідну тугу, яка нерідко супроводжується важкими фізичними відчуттями (вітальна туга). Оточення сприймається в похмурому світлі. Теперішнє й майбутнє видається похмурим і безвихідним. Виникають ідеї самозвинувачення. Інколи туга буває настільки нестерпною, що хворі здійснюють суїцид (самовбивство).

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

При маяченні, галюцинаціях, рухових розладах та афективних порушеннях необхідне негайне втручання лікаря.

Маніакально-депресивний психоз (МДП) – захворювання, основним проявом якого є чергування маніакальних і депресивних станів. Протікає у вигляді приступів із вираженими афективними

розладами, по завершенні яких повністю відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до приступу. Зміни особистості не відбуваються.

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

Уперше поняття «невроз» увів шотландський лікар У. Кулен. Він визначав його як «нервовий розлад, що не супроводжується лихоманкою, не пов'язаний із захворюванням якогось органа, а обумовлений загальним стражданням, від якого залежать рухи й думки».

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

Найбільш поширений *істеричний невроз*. Істеричне реагування виникає у відповідь на психотравму та проявляється по-різному – від рухового збудження до припадків із риданнями, вигинами дугою без утрати свідомості чи загальмованістю. Дуже важливо відрізнити істеричний напад від епілептичного. Академік А. В. Сніжневський напад при істерії визначає так: раптовий напад, який характеризується різноманітними складними, виразними рухами: хворі стукають ногами, простягають руки вгору, рвуть на собі волосся, одяг, стискають зуби, тремтять, качаються по підлозі, вигинаються всім тілом, спираючись на потилицю й п'ятки («істерична дуга»), плачуть, ридують, кричать, повторюють одну й ту саму фразу.

На відміну від епілептичного, при істеричному нападі хворий не падає, а повільно опускається на підлогу. Для істеричного нападу потрібно «багато місця» в буквальному значенні. Істеричний напад супроводжується затьмаренням свідомості. Спогади про напад й навколишню обстановку в цей момент зазвичай уривчасті. Істеричний напад, як правило, психогенно зумовлений, він може посилюватись і затягуватись за скупчення людей навколо хворого. Істеричний напад може раптово припинитись під впливом сильного зовнішнього подразника (укол, струмені холодної води, різкий звук тощо), а епілептичний зупинити неможливо. Тривалість

істеричного нападу – від декількох хвилин до декількох годин. На відміну від епілептичного, істеричний напад не має клінічної й тонічної фаз, не супроводжується прикушуванням язика та мимовільним сечовиділенням. Реакція зіниць на світло й сухожилльні рефлекси зберігаються. У хворих на епілепсію в картині нападів спостерігається (з усіма індивідуальними особливостями) стереотипна повторюваність (кліше), а істеричні випадки в однієї й тієї самої особи можуть протікати неоднаково.

Астенія – стан підвищеної втомлюваності, виснаженості, утрата здатності тривалий час займатися фізичною й розумовою працею. Астенічна симптоматика нерідко проявляється на початковому етапі психічних захворювань. Інший прояв психічних розладів, що розвиваються, – *нав'язливі стани*, при яких почуття, думки, страхи, рухи виникають у хворого попри його волю. Хворий усвідомлює їхню хворобливість, недоречність, але безсилий у боротьбі з ними. Якщо він і долає нав'язливості, то ціною страждань, що виснажують. Характерні особливості цих станів – їхня впертість і невідступність, які заважають нормально жити й працювати, а інколи перетворюють на муку також життя родичів. Якщо людина відчуває нав'язливий страх раптово померти, заразитися якоюсь хворобою чи невиліковно захворіти тощо, то їй потрібна допомога психіатра. Зазвичай, ці люди самі хочуть позбутися своїх страхів, шукають допомоги й підтримки. Стани нав'язливості можуть з'являтися і в здорових людей як реакція на якусь психотравму. Але коли труднощі долаються, після лікування та відпочинку в них усе минає.

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

За даними ВОЗ, від 30 до 40 млн людей у світі страждають тими чи іншими формами епілепсії. Однак актуальність проблеми визначається не тільки й не стільки поширеністю епілепсії, скільки тяжкістю захворювання та його наслідків. Тому якщо в людини був судомний напад, її потрібно показати психоневрологу. Це не

обов'язково виявиться епілепсією, але лікар сам має поставити діагноз і призначити відповідне лікування.

4. *Шизофренія* (від грец. *schizo* – розщеплюю і *phren* – думка) – психічне захворювання, основні прояви якого – зміни особистості (зниження активності, аутизм тощо), різноманітні патологічні продуктивні симптоми (маячення, галюцинації, афективні розлади, кататонія й ін.). Протікання переважно хронічне (у вигляді нападів чи неперервне).

5. *Психопатія* – це стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру й формується, зазвичай, із юного віку. Цей стан відрізняється постійністю; має тенденцію до посилення або послаблення, але не піддається повній редукції. У складності пристосування до життєвих ситуацій такий хворий схильний переоцінювати значення обставин життя або властиві йому власні якості. До психічних захворювань, із якими в повсякденному житті стикається значна частина населення, належать алкоголізм і наркоманія.

6. *Алкоголізм* – хвороба, для якої характерне наростаюче протікання, причому не завжди можна точно визначити її початок. Спочатку виникає тільки психічна, а потім і фізична залежність від спиртного. На фоні алкоголізму можуть розвиватися різні психічні порушення: депресії, нав'язливі стани, істеричні прояви, алкогольні психози, деградація особистості. Серед алкоголіків частими є випадки самовбивств (алкоголізм слід відрізнити від п'янства зловживання алкоголем).

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

Запитання для самоперевірки:

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

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

3. *Опишіть ставлення до психічно хворих в епоху Середньовіччя. Чим воно зумовлювалося?*
4. *Що стало причиною створення притулків для душевнохворих в епоху Відродження?*
5. *Чи можна стверджувати, що створення притулків для психічно хворих в епоху Ренесансу сприяло їх видужанню?*
6. *У чому полягає заслуга Філіппа Пінеля в психіатрії?*
7. *У чому відмінність поглядів філософів та психіатрів ХІХ ст. на психічну патологію?*
8. *Опишіть суть соматогенного та психогенного поглядів на причини виникнення психічних порушень.*
9. *Коли виникла патопсихологія?*
10. *Що вважали причиною психічної патології в Росії, Україні в епоху Середньовіччя?*
11. *Яким було ставлення до душевнохворих в Україні, Росії впродовж віків?*
12. *Назвіть представників вітчизняної патопсихології та опишіть їхній внесок у розвиток цієї науки.*
13. *Які зміни в лікуванні психічно хворих відбулись у середині ХХ ст.?*
14. *Назвіть найбільш поширені психічні захворювання.*
15. *Поясніть, що таке психози.*
16. *Як би ви пояснили відмінність психозу від неврозу?*
17. *Чим відрізняється припадок епілепсії від істеричного?*
18. *Куди за допомогою може звернутися в Україні людина з психічними розладами?*

РОЗДІЛ II. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ГНОСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПСИХІКИ: ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

2.1. Розлади відчуттів

До порушень відчуттів належать:

– **анестезії (відсутність чутливості)** – утрата здатності відчувати різні види подразнень, зазвичай поширюється на тактильну, больову та температурну чутливість. *Відбувається внаслідок ушкодження чутливих нервових закінчень або мозку (спинного чи головного), унаслідок чого зовнішні подразники не досягають центральної нервової системи. Анестезія може вразити все тіло (загальна анестезія) або певну його частину (локальна анестезія);*

– **гіпоестезія** – зниження здатності відчувати різні види подразнень;

– **гіперестезія** – підвищення здатності відчувати різні види подразнень;

– **гіперпатія** – хворобливе підвищення чутливості, коли звичайні подразники викликають біль та інші неприємні відчуття, такі як свербіння, важкість й ін.;

– **парестезії**, що проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок тощо. Можуть виникати на поверхні різних частин тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною;

– **синестопатії** – неприємні тривалі відчуття стискання, стягування або розтягування, перекочування чи тремтіння, спроектовані на внутрішні ділянки тіла;

– **синестезії** – відчуття, що виникають унаслідок того, що певний подразник, діючи на органи відчуттів, викликає додаткові відчуття й уявлення, характерні для іншого органа відчуттів;

– **візуалізація почутого** найчастіше простежується в патології відчуттів;

– **«фантом кінцівки»** простежується після ампутації руки чи ноги, коли людина може продовжувати її відчувати: відчувати біль, вважати, що в змозі рухати нею, забуваючи при цьому, що кінцівка відсутня. Іноді це минає досить швидко, іноді зберігається все життя.

2.2. Розлади сприймання

Зі специфічних і патологічних змін сприймання виділяють такі:

– *ілюзії* – викривлене, помилкове сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого. Найчастіше ілюзії спостерігаються в зоровому сприйнятті, що пов'язано або з будовою зорового аналізатора, або з особливостями сприйняття самого предмета. Вони можуть проявлятися і в здорових людей, особливо в стані тривожного очікування, страху тощо.

За органами відчуттів ілюзії поділяють на:

• *зорові*, що проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, яке вісить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів);

• *слухові*, що характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматися як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці сприймається як оклик на ім'я; різкий шум за дверима – як дзвінок у двері);

• *смакові ілюзії*, що проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії – запаху;

• *дотикові*, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних).

Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості. Серед них виділяють:

• *ілюзії тяжкості А. Шерпаньє* – при підйомі однакових за вагою й зовнішнім виглядом, але різних за обсягом предметів менший за розміром предмет сприймається як більш важкий, виникає контрастна ілюзія;

• *контрастні ілюзії* спостерігаються в області температурних і смакових відчуттів, наприклад після холодового подразника тепловий здається гарячим, після відчуття кислого та солоного посилюється чутливість до солодкого тощо;

• *парейдолії*, що належать до складних ілюзій. Вони можуть виникати і у хворих із невротичними розладами, і в здорових людей, як результат перевтоми. Наприклад, в узорі килима чи орнаменті шпалер людина бачить голови потвор, незвичайні узорі й т. ін.;

– **галюцинації** – сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта та супроводжується переконаністю в тому, що цей об'єкт і в цьому місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини й можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта та здебільшого супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

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

- **псевдогалюцинації** – помилкові образи без проєкції зовні;

- **ейдетизм** – слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого й чіткого образу;

- **сенестопатії** – різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим і сприймаються як мігруючі образи;

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

Види агнозій: а) *зорові*; б) *слухові*; в) *соматоагнозія* – розлад впізнавання частин власного тіла; г) *астереогнозія* – тактильна агнозія, що проявляється в порушенні впізнавання предметів на дотик;

- **дереалізаційні розлади** – особливий вид розладів сприймання (психосенсорні розлади), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів: вони сприймаються як нереальні;

- **мікропсія** – розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів;

- **макропсія** – розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів;

- *дисмегалопсія* – розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі навколишніх предметів;

- *поропсія* – розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта;

- *деперсоналізація* – викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла. Її різновид – синдром Аліси в країні чудес – характеризується поєднанням деперсоналізаційних розладів із явищами дереалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості. Можливе виникнення порушень сприймання (при цьому синдромі) у вигляді видовження, скорочення, відриву кінцівок;

- *порушення сприймання часу*:

- *«зупинка часу»* – відчуття того, що час ніби «зупинився», кольори в сприйманні хворого стають тьмяними, об'ємні предмети – плоскими; людина відчуває, ніби вона втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;

- *«розтягування часу»*. У відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле – кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;

- *«утрата відчуття часу»*. Людина говорить: «часу ніби немає», «звільнився від тягара часу». Це завжди супроводжується зміненним сприйманням світу, предмети й люди здаються більш контрастними та більш приємними;

- *«сповільнення часу»*. Рухи людей сприймаються уповільненими, а їхні обличчя – похмурими;

- *«прискорення часу»*. Людині час здається швидкоплинним, зміненним видається весь навколишній світ і власне «Я». Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчувають своє тіло. Із помилками визначають час доби й тривалість подій;

- *«зворотне протікання часу»*. Говорять: «Час тече вниз», «Час іде у зворотному напрямі», «Я іду назад у часі». Груба помилковість відтворення давності вже пережитих подій (події, що відбу-

лися хвилину чи секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

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

2.3. Розлади пам'яті

Розлади пам'яті – це зниження або втрата здатності запам'ятовувати, зберігати, упізнавати та відтворювати інформацію. При різноманітних захворюваннях можуть страждати її окремі компоненти: запам'ятовування; збереження; відтворення. Патопсихологічні мнестичні порушення лежать в основі багатьох психічних захворювань.

Виділяють такі *розлади пам'яті*:

1. Часткові порушення пам'яті (порушення пам'яті часткового характеру):

– *гіпомнезія* – зниження або послаблення пам'яті. Може бути вродженою та в деяких випадках супроводжується різноманітними аномаліями психічного розвитку. Найчастіше трапляється при астеничних станах, що виникають при перевтомі, у результаті перенесених важких захворювань. Під час виздоровлення пам'ять відновлюється. У похилому віці при вираженому церебральному атеросклерозі й дистрофічних порушеннях у ділянках мозкової паренхіми різко погіршується запам'ятовування та збереження поточної інформації. І, навпаки, події далекого минулого в пам'яті зберігаються;

– *гіпермнезія* – посилення пам'яті. Зазвичай, носить вроджений характер і полягає в особливості запам'ятовувати інформацію в більшому, ніж норма, обсязі та на більш тривалий термін. Крім того, може спостерігатись у хворих у стані маніакального збудження при маніакально-депресивному психозі й маніакальних станах при шизофренії.

2. Амнезії – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати й відтворювати інформацію.

Види амнезій:

– *ретроградна амнезія* – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник із людиною;

– *антероградна амнезія* – труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості. Антероградна амнезія часто є наслідком ушкодження скроневих часток головного мозку або проміжного мозку – ділянок, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті в довготривалу. За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво.

Один з основоположників вітчизняної психіатрії С. С. Корсаков описав синдром, що виникає при хронічному алкоголізмі й названий на його честь «корсаківським психозом». Описаний ним симптомокомплекс, що трапляється й при інших захворюваннях, називають корсаківським синдромом.

Корсаківський амнестичний синдром. При цьому порушенні пам'яті погіршується запам'ятовування поточних подій. Хворий не пам'ятає, хто з ним сьогодні бесідував, чи відвідували його родичі, що він їв на сніданок, не запам'ятовує імена медичних працівників, які його обслуговують. Хворі не пам'ятають подій недавнього минулого, неточно відтворюють ті події, що відбулись із ними багато років тому. Вони постійно забувають щойно почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їхні загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними. Характерні симптоми – затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. У деяких випадках це спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок – нестачею вітаміну В1 (тіаміну).

3. Парамнезії як розлади відтворення: конфабуляції та псевдоремінісценції:

– *конфабуляції* – заповнення пробілів пам'яті подіями та фактами, що не мали місця в реальності, причому це відбувається поза бажанням хворого ввести в оману, говорити неправду. Цей вид патології може спостерігатись у хворих на алкоголізм при розвитку корсаківського психозу, а також у хворих зі старечим психозом, з ураженням лобних долей головного мозку;

– *псевдоремінісценції* – порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє. Це спотворені спогади, які відрізняються від конфабуляції більшою стійкістю. Хворі розпо-

відають про минулі події, сприймаючи їх за теперішні. Іноді це навіть можуть бути події, яких не було насправді, а людина бачила їх уві сні. Часто такі порушення трапляється у хворих зі старечими психозами;

– *криптомнезії* – розлади пам'яті, при яких людина присвоює собі чужі думки, вчинки, дії. Закон формування мнестичних розладів Т. Рібо: порушення (втрата) пам'яті при прогресуючій амнезії, у випадку захворювання або в похилому віці (як і її відновлення) відбувається в хронологічному порядку: спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні й недавні події, а вже пізніше – на старі. Відбувається втрата чутливості та звичок. У результаті, руйнується інстинктивна пам'ять. Відновлення відбувається у зворотному порядку.

Порушення пам'яті за причинами їх виникнення (за Р. Коннером):

1. Дисоціативні – не викликані явними фізіологічними причинами:

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

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

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

2. Фізіологічні – причини їх виникнення 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* (стосуються переважно пам'яті). Люди з амнестичними розладами іноді страждають ретроградною амнезією, але в них майже завжди відзначається *антероградна амнезія*;

– *деменції* (впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення). Найпоширенішою формою деменції є *хвороба Альцгеймера*, яка зазвичай вражає людей, за віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити в середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей віком 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. Із посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі розв'язання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі. У решті-решт, у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, більш віддалені в часі, у них часто дуже помітні зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати незвичайно агресивним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони відчують якісь труднощі, але скоро стають тривожними й пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом. Із розвитком деменції вони все менше усвідомлюють свої недоліки. На пізніх стадіях хвороби такі особи можуть відмовитися від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватись у часі й просторі, часто безцільно блукати та втрачати розсудливість. Поступово хворі стають повністю залежними від навколишніх людей. Можуть утратити майже всі свої попередні знання й здатність упізнавати обличчя навіть близьких родичів. Усе гірше сплять ночами та дрімають упродовж 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 їхніх психічних функцій такі особи стають менш активними та проводять більшість часу в сидячому положення або лежачи в ліжку. Як результат, у них виникає схильність до різних захворювань, наприклад до пневмонії, що можуть закінчитися смертю. Більшість органічних розладів пам'яті

стосується переважно декларативної пам'яті (пам'ять на імена, дати, якісь факти), ніж процедурної (засвоєні прийоми, які людина виконує, не відчуючи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

2.4. Розлади мислення

Б. В. Зейгарник поділяє всі порушення мислення на чотири групи:

1. Порушення операційної сторони мислення – це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування. При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків. Проявляється резонерством.

2. Порушення особистісного компонента мислення:

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

3. Порушення динаміки мислительної діяльності:

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

4. Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності виражається в неможливості цілеспрямованої організації мислительних дій. В. М. Кузнецов та В. М. Чернявський розлади мислення класифікують як формальні й продуктивні.

Формальні розлади мислення диференціюються за темпом, логічною стрункістю та цілеспрямованістю.

До розладів мислення **за темпом** відносять:

- **прискорення мислення** – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення й, відповідно, мови в певній ситуації (наприклад лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідома корекція прискореного

мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні та численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення в поєднанні з відверненням уваги проявляється в «стрибанні ідей» (*fuga idearum*), коли вловити логіку думок хворого стає неможливо. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають із підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням;

– *«стрибки ідей»* – максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу;

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

– *ментизм* – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно й мимовільно;

– *шпреррунг* – «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерва асоціативного процесу.

До розладів мислення *за будовою* відносять:

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

– *зісковзування* – утрата логічного ходу мислення, коли при відповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця;

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

– *інкогеренція* – порушується зв'язок між складами в словах;

– *вербігерація* – стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Порушення *цілеспрямованості* мислення:

– *амбівалентність* – формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок та асоціацій, які взаємно виключаються;

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

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

Розлади мислення *за продуктивністю* характеризуються зміною мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої «продукції». Серед продуктивних розладів мислення виділяють невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні та маячні ідеї.

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

– *Надцінні ідеї (домінуючі)* – ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Вони посідають у свідомості й діяльності людини незаслужено велике місце. Надцінні ідеї супроводжуються високим емоційним напруженням та визначають напрям інших психічних процесів і по-

ведінки. Саме інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї становить упевненість хворого, наприклад у несправедливому ставленні до нього, утисканні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості й ін. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу, із часом вони самі згасають.

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

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

• **Маячення ставлення:** хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті стосується його, випадкові жести зустрічного міліціонера вказують напрямком, куди хворому потрібно втікати, тощо.

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

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

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

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

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

• *Маячення ревнощів*: головна тема – подружня невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в таємних зустрічах із коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи «доказів», такий хворий вимагає від дружини зізнання в зраді, жорстко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним із найбільш суспільно небезпечних.

• *Маячення величі*: найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Існує правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих на прогресивний параліч запевняв, що він флотоваець світу, командує всіма зброй-

ними силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері та може залишати людство без світла.

• *Маячення багатства*: хворий вважає, що в нього зібране все золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим тощо.

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

• *Маячення високого походження*: хворі впевнені, що їхні батьки – відомі в країні політичні діячі, учені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

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

- а) воно завжди є ознакою хвороби;
- б) не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення;
- в) у ньому присутня паралогічність – «крива логіка»;
- г) виникає при ясній свідомості;
- г) маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю;
- д) виникають за достатнього інтелекту.

2.5. Порушення мови та мовлення

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

У формуванні мовленнєвої функціональної системи беруть участь мозкові анатомічні структури:

– *акустичний аналізатор* – зумовлює гнозис мовлення – упізнання різних звуків та звукових рядків. Він розміщується в задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;

– *кінестетичний аналізатор*, що відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної півкулі.

Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, які розміщені на межі аналізаторів, переважно це скронева й тім'яна частки. В організації функції мовлення одночасно беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування. У дитячому віці (приблизно до п'яти років) провідною в організації мовленнєвого процесу є права півкуля (Е. Г. Симєрницька). Вимовна частина мовлення також залежить від стану центральної та периферійної іннервацій органів мовлення (язика, піднебіння, губ, голосових зв'язок).

Функції мовлення:

– *номінативна, змістова, позначальна*, що проявляється у віці до семи місяців, у період немовляти; вона визначає розуміння дитиною значення вживання нею чи іншими людьми звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;

– *комунікативна, регульовальна*, що з'являється ще в перші місяці життя дитини, – це реакція на голос матері – «комплекс поживлення»; пов'язує дитину з навколишнім світом, живими істотами; її розвиток залежить від потреб дитини в спілкуванні, а мовлення стає одним із засобів реалізації цих потреб; у випадку відсутності потреби спілкування ця функція мовлення не розвивається чи формується із запізненням; оскільки комунікативна сфера тісно пов'язана з емоційно-вольовим розвитком дитини, то мовлення як засіб спілкування має функції регулювання поведінки;

– *ідеаторна (розумова)* розвивається пізніше, поряд із формуванням функції мислення.

Структура мовлення:

– *фонетика* – акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення;

– *фонематика* – фонетичний, фонологічний, фізіологічний і психологічний аспекти мовлення;

– *граматика* – устрій мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень);

– *лексика* – уся сукупність слів мови чи діалекту.

Розлади мови – це розпад уже сформованої мови в дорослих або порушення її нормального розвитку в дітей, спричинені різними захворюваннями. Відмінності між усною та письмовою мовою можуть бути спровоковані певною хворобою. При захворюванні центральної нервової системи, як органічного, так і функціонального характеру, можуть значно порушуватися письмо, почерк.

Аграфії – розлади письмової мови. Проявляються або в повній утраті здатності писати, або в грубому викривленні слів, пропусках складів, букв, нездатності з'єднувати букви та склади в слова тощо. Наприклад, для розладу письмової мови характерна зміна почерку у хворих на шизофренію. Він набуває рис химерності: незвичний розподіл букв та слів, обґрунтовані підкреслювання, розчерки тощо.

Картавість – неправильне вимовляння звуків мови, що виражається в їх викривленні та заміні. Причинами картавості можуть бути анатоμο-фізіологічні відхилення мовних органів, видозміни в будові артикуляційного апарату, наслідування неправильного вимовляння.

Найпоширенішими видами картавості є:

– *ротацізм* – неправильне вимовляння «р»;

– *сигматизм* – неправильне вимовляння шипячих і свистячих звуків;

– *ламбдацізм* – дефектне промовляння.

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

Виділяють такі порушення мовлення:

1. Порушення розвитку мовлення:

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

• *загальний недорозвиток мовлення* зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного й кінетичного аналізаторів); має три рівні:

1) зародки загальнозастосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи);

2) більше слів, з'являються речення з неправильною граматичною структурою й спотвореною вимовою деяких звуків;

3) страждає лексико-граматична структура мовлення;

Алалія – «глухонімота», це відсутність або вроджена нерозвиненість аспектів мовлення при наявності слуху й збереженні можливостей розумового розвитку.

Причинами алалії можуть бути пошкодження мовленнєвих зон кори головного мозку, що виникають під час пологів, захворювань і травм мозку, перенесених у дитинстві в домовленнєвий період життя. При моторній алалії людина не може розмовляти, а при сенсорній – не розуміє звернутої до неї мови.

Види алалії:

а) алалія моторна. Хворий розуміє мову, але не в змозі висловитися, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока);

б) алалія сенсорна. Хворий не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке);

в) сенсо-моторна алалія – і те, й інше;

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

2. Розлад мовлення:

Афазія – порушення мовлення, що виникає при локальних ураженнях кори лівої півкулі мозку, являє собою розлад різноманітних видів мовленнєвої діяльності, спричинене локальними ураженнями мовленнєвих зон кори головного мозку. Характерна повна або часткова втрата мовлення.

У хворих на афазію порушується правильний підбір слів та складових їхніх мовленнєвих звуків, також порушується граматична побудова самостійного мовлення. Мова в таких пацієнтів збіднена, запас уживаних слів значно обмежений. Відбувається заміна одних слів і

складів іншими, порушуються зв'язки між окремими частинами речення. При цьому можуть спостерігатися розлади читання та письма.

Види афазії:

- *динамічна афазія* – порушення послідовної організації мовленнєвого висловлювання, проявляється в порушенні планування мови, зв'язної усної мови, труднощах в актуалізації слів, означених дій;

- *сенсорна афазія* характеризується порушенням розуміння мови оточуючих. Відзначається грубе порушення в письмі. виправити це не можливо, оскільки не в змозі віддиференціювати, наприклад, буквосполучення «та» від «ті». У хворих на сенсорну афазію більше, ніж при моторній афазії, порушено розуміння звернутої до них мови. Хворі часто не розуміють не тільки суті питання, але й найбільш простих жестів. Вони розмовляють вільно, без напруження й зупинок для пошуку відповідних слів, причому у висловлюваннях, дуже спотворених і малозрозумілих, допускаються часті заміни одних слів і складів іншими. Нерідко мова перетворюється на набір слів типу «словесна труха». Для сенсорної афазії характерне мовленнєве нестримання (*логорея*);

- *моторна (аферентна) афазія* – неспроможність або помітне зниження до висловлення, побудови слів і речень (виражена апраксія), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення. При цьому розуміння мови збережено;

- *еферентна афазія* – порушення кінестетичної організації мовленнєвих актів, труднощі переключення з одного слова або складу на інший;

- *акустико-гностична афазія* – порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова, «мовленнєва окрошка». Хворий шукає слова для висловлення думки;

- *акустико-мнестична афазія* – це порушення слухомовленнєвої пам'яті, проявляється у вигляді труднощів розуміння мови при її швидкості, пред'явленні двох мовленнєвих повідомлень, труднощі в усному мовленні – пошук потрібних слів;

- *оптико-мнестична афазія* має за основу порушення зорової пам'яті, проявляється у вигляді складнощів у процесі вимови назви предмета та його зображення при порівняно легкій назві дії;

- *семантична афазія* – специфічний мнестичний розлад, коли складно підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно – порушення операцій лічби. Часто це супроводжується порушенням розуміння певних логіко-граматичних конструкцій: наприклад, батько брата, брат батька, весна перед літом тощо.

- *парафазія* – порушення мовленнєвого висловлювання, що проявляється в неправильному вживанні окремих звуків (букв) або слів в усній чи письмовій мові.

Розрізняють два види парафазії:

- *літературна парафазія* – помилкова заміна окремих звуків або складів у словах, в основі котрої лежать сенсорні або моторні порушення мови;

- *вербальна парафазія* – заміна одних слів іншими, близькими за змістом, що обумовлено мнестичними або семантичними порушеннями мови;

- *контамінація* проявляється як з'єднання окремих елементів різних слів в одне.

3. Порушення вимовної функції мовлення:

Дизартрія – це порушення вимовної сторони мовлення (звукотвірної та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної й периферійної іннервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) – судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру. Виникає в результаті ураження ядер черепних нервів у стволі мозку, при розриві шляхів, що йдуть від кори головного мозку до ядер черепних нервів.

Афонія – тимчасова функціональна втрата голосу, що найчастіше спостерігається при істерії.

Дислалія – порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена іннервація мовленнєвого апарату.

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

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

6. *Розлади уваги*

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

Розлади або порушення уваги – це патологічні зміни спрямованості, вибіркості психічної діяльності. Виділяють такі види розладів уваги, як звуження об'єму уваги, нестійкість уваги. До розладів уваги можна віднести певні типи неухважності. Із патологічних проявів уваги слід указати на такі: нестійкість, недостатня концентрація, порушення розподілу, уповільнення переключення, розсіяність.

Існують такі види ***патології уваги:***

- *звуження об'єму уваги* – це одночасне сприйняття порівняно невеликої кількості об'єктів;

- *нестійкість уваги* – порушення концентрації уваги та відволікання на побічні подразники.

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

Послаблення уваги проявляється в неухважності.

Першим типом неухважності є розсіяність, яка вимірюється інтенсивністю уваги. Цей тип неухважності спостерігається в нормі в дітей дошкільного віку та в астенізованих хворих.

Другий тип неухважності визначається високою інтенсивністю й низькою переключеністю внутріспрямованої уваги. Цей тип характерний для осіб, одержимих певною ідеєю, зосереджених на своїх переживаннях. У хворобливому стані це характерно для осіб із надцінними та нав'язливими ідеями. Розлади здатності переключати увагу спостерігаються при локальних ураженнях органічних процесів лобних доль

головного мозку. У таких хворих ці явища виникають неоднократно, повторюються в результаті ускладнення переключення уваги на нову дію (персеверація уваги). Спостерігаються й протилежні випадки, коли здатність переключення уваги патологічно посилюється. Здебільшого це характерно для маніакально хворих. Їхня увага постійно переключається на нові об'єкти зовнішнього світу, слова, сказані оточуючими, у результаті чого вони ні на чому надовго не можуть зосередитись.

Третій тип неуважності характеризується не тільки достатньо слабкою інтенсивністю концентрації уваги, а й ще більш слабкою її переключеністю. Такого типу видозміни уваги спостерігаються в похилому віці, при церебральному атеросклерозі, в умовах кисневої недостатності.

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

3. Відвертання уваги – це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети та явища.

У практиці дитячої психології виділяють **синдром дефіциту уваги**. Його ознаки:

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

- неможливість гратися тихо й спокійно;
 - балакучість;
 - схильність заважати іншим, «докучати» оточуючим (наприклад утручатися в ігри інших дітей);
 - зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення;
 - схильність губити речі, необхідні в школі та вдома (наприклад олівці, іграшки, книги тощо);
 - часте здійснення небезпечних дій (недоврахування наслідків).
- При цьому не шукають пригод чи гострих відчуттів (наприклад перебігають вулицю, не оглядаючись по сторонах).

Запитання для самоперевірки:

1. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Назвіть основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Назвіть види галюцинацій.
6. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоагнозій.
7. Назвіть та опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.
8. У чому полягає відмінність деперсоналізації від соматоагнозії?
9. До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси в країні чудес?
10. . Опишіть види порушень сприймання часу.
11. Назвіть та поясніть види патології уваги.
12. Чим можна пояснити те, що на сьогодні патологічні прояви уваги вивчені недостатньо?
13. . Опишіть синдром дефіциту уваги.
14. Назвіть основні розлади пам'яті.
15. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
16. Поясніть суть часткових порушень пам'яті.
17. Опишіть види парамнезій.
18. . У чому полягає закон формування мнестичних розладів Рібо?

19. Які види розладів пам'яті можна виділити за причинами їх виникнення?
20. . Опишіть види дисоціативних розладів пам'яті.
21. Опишіть порушення пам'яті, викликані фізіологічними причинами.
22. Чим відрізняються деменції від амнестичних розладів?
23. Які групи порушень мислення виділяє Б. В. Зейгарник?
24. . Опишіть суть формальних розладів мислення.
25. . Опишіть суть розладів мислення за продуктивністю.
26. До якої групи розладів мислення належать амбівалентність, резонерство, розважність мислення?
27. Наведіть приклади маячних ідей.
28. . Опишіть види розладів інтелекту.
29. Охарактеризуйте клінічні варіанти олігофренії.
30. Назвіть основні порушення мовлення.
31. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
32. Охарактеризуйте розпад мовлення.
33. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
34. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
35. Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.
36. Назвіть види розладів емоцій.
37. Що таке фобія? Опишіть види фобій.
38. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.
39. Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.
40. Назвіть та опишіть розлади волі.
41. . Опишіть розлади потягу.
42. Охарактеризуйте розлади психомоторики.

РОЗДІЛ ІІІ. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

3.1. *Порушення емоцій*

Емоції (від латин. *Emovere* – збуджувати, хвилювати) – переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища й до самого себе. Емоції належать до філогенетично найбільш ранніх форм відбиття об'єктивної реальності в структурі мозку (гіпоталамус) та у свідомості.

Одним із перших емоційних проявів було відчуття болю. У процесі еволюції, як відомо, емоційні прояви стали більш різноманітними й різнорівневими. У дорослої людини це вже 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 такі *розлади настрою*:

1) **ейфорія** – підвищений настрій із відтінком благодущності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації й обставинам особистого життя хворого;

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

3) **депресія** – пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатися багато днів і місяців;

4) **емоційна лабільність** – коливання настрою, легкі переходи від благодущності 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 й немотивованих вчинків. Афекти властиві всім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями.

До **розладів афектів** відносять такі:

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 відбулося, 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 проєктується назовні – страх гострих предметів, тварин...).

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- адекватності;
- інтенсивності;
- тривалості;
- міри почуття страху, контрольованої людиною.

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

Види фобій більш детально викладено в «Словнику фобій», що розміщений у кінці посібника.

3. Тривога – стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проєктується 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 та якісно не відповідає причині, яка його спричинила);

• ***анатія*** – хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабо виражені. Поєднується зі звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;

• ***туга*** – почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

• ***відчуття втрати почуттів*** – переживання незворотної втрати можливості почувати;

• ***амбівалентність*** – одночасне співіснування протилежних почуттів;

• ***алекситимія*** – утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);

• ***ангедонія*** – втрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

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

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

Розрізняють два ***види недорозвитку емоцій:***

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

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

3.2. Порушення волі

Людина з моменту народження постійно має різні потреби: спочатку – найпростіші, а потім – усе більш різноманітні й 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 та включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

а) виникнення потягу (спонукання); б) постановка мети й мотивація; в) завершення дії – здійснення мети.

Розлади волі:

• *незрілість і недорозвиток волі* – некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);

• *гіпербулія – надмірна активність*, хворобливе посилення вольової активності буває в наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб. Ця активність має односторонній характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;

• *гіпобулія – послаблення активності*, 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.

• *абулія* – відсутність вольової активності часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);

• *парабулія* – *перекручення вольової активності* – 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;

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

Розлади потягу:

1. Послаблення й посилення харчового потягу. Зниження чи відсутність апетиту:

– *анорексія* (утрата бажання споживати їжу), відмова від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов'язана з наявністю в нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого;

– *булімія* – *підвищення* (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду;

– *поліфагія* – *всєядність*. У нормі часто трапляється в період росту організму, а патологічні прояви – при цукровому діабеті.

2. Послаблення й посилення статевого потягу.

Гіпосексуальність – *зниження статевого потягу*; буває при депресії, шизофренії, астенічних станах, неврозах.

Гіперсексуальність – *посилення статевого потягу*, часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку.

3. Перекручення потягу стосується 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.

Суїцидоманія – патологічний потяг до самогубства.

Копрофагія – патологічний потяг до поїдання власних екскрементів.

Перекручення статевого потягу (сексуальні 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 статевому 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 потяги й дії виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає в протиріччя з усталеними міжособистісними та соціальними стосунками. Це нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, утратою 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 обсягу довільних дій та довільних рухів;
- *гіперкінезії* – рухове збудження;
- *гіперкінези* – мимовільні рухи окремих м'язів або групи м'язів;
- *ехопраксії* – повторення рухів співрозмовника;

- *ехолалії* – повторення слів;
- *ехомімії* – копіювання міміки;
- *паракінезії* – спотворення рухів.

Розлад цілеспрямованості дій – **диспраксія** – спостерігається переважно при органічних неврологічних захворюваннях, рідше – за деяких психічних розладів, здебільшого таких, які пов’язані з органічними ураженнями нервової системи. Більш легкий ступінь диспраксії – *апраксія* – утрата здатності здійснювати цілеспрямовані дії за збереження рухової й координаційної здатності. Трапляється за вогнищ уражень кори великих півкуль головного мозку та провідних шляхів мозолистого тіла.

РОЗДІЛ IV. ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУ ТА РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ

4.1. Розлади інтелекту

Інтелект – система всіх пізнавальних здібностей індивіда й здатність до пізнання та розв’язання проблем, що визначають успішність будь-якої діяльності.

Виділяють три форми інтелектуальної поведінки:

- вербальний інтелект, який уключає запас слів, ерудицію, уміння розуміти прочитане;
- здатність розв’язувати проблеми;
- практичний інтелект, що включає вміння адаптуватися до навколишнього середовища; він найбільше може змінювати поведінку людини, порушувати адаптацію.

Виділяють три форми організації інтелекту:

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

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

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

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

До основних порушень інтелекту відносять:

1. *Недорозвиток інтелекту* (загальний), коли порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту й, насамперед, інтелекту

та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і використаним (наприклад – олігофренія).

Олігофренія в перекладі з грецького (*oligo* – мало; *phren* – розум) означає недоумкуватість – стан психічного недорозвинення. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Мозок плода уражується при краснусі вагітних, при наявності в плода й відсутності в матері резус-фактора. Для олігофренії характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні та вольові порушення. Інколи на фоні загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, виконує складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші тощо.

За ступенем психічного недорозвинення виділяють три клінічні варіанти олігофренії:

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

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

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

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

- *імбецильність* – середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їхня мова, хоч і дуже бідна, але послідовна, їх удається навчити читання, письма, елементарної лічби, прищепити трудові навички (під-

мітати підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Емоції при імбецильності одноманітні, часто примітивні, неадекватні;

- *дебільність* – це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності – нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним. Ці хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити. До 4–6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчаться погано. У навчанні багато залежить від особливостей характеру. Старанні спокійні діти, завдяки своїй посидючості, під контролем батьків задовільно вчаться в нормальній школі, закінчують перші класи. Частіше, однак, вони не спроможні осмислити елементарний навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі.

Психічний недорозвиток при дебільності може мати різні ступені вираженості.

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

- *Помірно виражена дебільність*. Якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7–8 класів, навчаються в професійно-технічних училищах, освоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу. Водночас вони мають невеликий об'єм знань, не здатні користуватися складними поняттями, зрозуміти складне запитання. Вони

мислять схемами-шаблонами, які засвоїли або в школі, або в процесі життя. Зміна звичного способу мислення для них неможлива. Переважає конкретний тип мислення, хоча дещо й менше, ніж при вираженій дебільності. Емоційно-вольова сфера при цьому розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Проте для них характерна слабкість самовладання та нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, деяка імпульсивність поведінки, піддатливість сторонньому впливові.

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

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

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

4. Органічний психосиндром (психоорганічний синдром) належить до зниження психічних процесів і властивостей особистості. Частково його можна розглядати також як розлад пам'яті та інтелекту. Трапляється при органічних захворюваннях (прогресуючого типу або як наслідок органічного ураження головного мозку різного походження). Основні симптоми: зниження уваги, інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій. У хво-

рих утруднюється концентрація уваги на зовнішніх об'єктах, вони часто відволікаються. Дуже страждає пам'ять як короткочасна, так і довготривала, особливо запам'ятовування й репродукція. Темп мислення дуже вповільнений. Страждає критичність розуму, поняття дистанції, етичність поведінки, її мотивація. Дії та діяльність часто імпульсивні, мають місце розлади потягів тощо.

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

6. Функціонально-динамічне страждання інтелекту – наявні всі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

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

4.2. Деменція

Загальна характеристика захворювання

Деменція (латин. *dementia* – безумство, слабоумство) є результатом хворобливого процесу, що проявляється в стійкому зниженні продуктивності пізнавальних процесів та емоційно-вольової сфери.

Коли лікар після обстеження робить висновок про наявність дементного розладу (чи то хвороба Альцгеймера, чи схоже на неї захворювання), це означає, що людина демонструє явні ознаки погіршення пам'яті, мислення та порушення поведінки.

Найперші симптоми деменції, які може визначити сім'я, – це проблеми з пам'яттю (людина не може згадати недавні події), труднощі у виконанні звичайних, повсякденних справ. Людина може також відчувати зміненість власної особистості, у неї змінюється поведінка, погіршується судження, з'являються труднощі в підборі слів, думки ніби зупиняються або вона не може фіксувати їх.

Це набуте слабоумство, яке поділяється на *глобарне (тотальне, дифузне)* та *локальне (лакунарне)*.

При *тотальному (повному) слабоумстві* відзначається не тільки грубе порушення інтелектуальних здібностей, але й розпад особистості. Хворі не здатні використовувати у своїй діяльності попередній досвід. Критика до свого стану в них, як правило, відсутня,

вони не здатні співвідносити свої вчинки з вимогами етики та моралі.

Глобарна деменція може розвинути в результаті важкої травми головного мозку, гіпертонічними захворюваннями з вираженим церебральним синдромом і повторними інсультами в старечому віці. При частковому слабоумстві інтелект порушується не повністю, однак мислительні процеси сповільнюються, відзначається помірне зниження пам'яті. Критичне ставлення хворих до свого стану зазвичай збережено.

Лакунарне слабоумство відзначається при церебральному атеросклерозі в передстаречому віці, при тяжких соматичних захворюваннях. Хворі з порушенням інтелекту доставляють багато клопоту під час їх обслуговування.

Хвороба Альцгеймера (названа на честь Алоїза Альцгеймера, який описав її вперше в 1906 р.) є найбільш типовим випадком деменції. Вона уражає ділянки мозку, відповідальні за процеси мислення, пам'яті, знання мови. Хвороба розвивається поступово й повільно, спостерігається у всіх прошарках суспільства, не пов'язана ні з тою чи іншою соціальною верствою, статтю, етнічною групою чи географічним положенням. Причина хвороби виявлена недостатньо, вважають, що в клітинах мозку порушується синтез білків, що тягне за собою зміну активності ферментів і процесів клітинного обміну. Не виключено й вірусну причину захворювання. Хвороба Альцгеймера проявляється в кожній особі індивідуально, адже особливість кожної людини унікальна, саме її риси до хвороби (особливості характеру, фізичний стан, стиль життя) визначають характер хворобливих проявів.

Початкова стадія захворювання часто розцінюється родичами, друзями як «просто похилий вік» або нормальний процес старіння. У віці 55–56 років можуть з'явитися такі ознаки (початкова стадія):

- труднощі в підборі слів;
- погіршення запам'ятовування;
- дезорієнтація в часі;
- відчуження від рідних;
- явні труднощі в прийнятті рішень;

- недостатня ініціатива та зниження мотивацій;
- прояви ознак депресії й агресії;
- зниження цікавості до улюблених занять та загальної активності.

Середня стадія захворювання характеризується такими ознаками:

- хворі стають забудькуватими, особливо на недавні події й імена;
- не можуть довгий час залишатися самі, не створюючи проблем;
- не здатні приготувати собі їжу, піти в крамницю, підтримувати особисту гігієну;
- можуть бути категорично залежними від оточуючих;
- потребують допомоги при вмиванні, одяганні, відвіданні туалету;
- мають труднощі в мові, що наростають (від заїкання до повторення окремих слів та звуків);
- ідуть із дому, скоюють безглузді вчинки;
- стають утраченими для сім'ї та суспільства;
- у них можуть з'явитися галюцинації, судомні напади (у 30 % хворих).

Пізня стадія захворювання характеризується загальною залежністю від оточуючих та втратою спонтанної активності. Розлади пам'яті набувають дуже серйозного характеру, фізичні прояви стають більш очевидними.

Хворий може:

- мати труднощі в прийомі їжі;
- утратити вагу при підвищенні апетиту;
- не впізнавати родичів і друзів;
- не орієнтуватись у квартирі;
- не розуміти й не оцінювати події;
- страждати на нетримання сечі та калу;
- проявляти неадекватну поведінку серед людей;
- бути прикованими до крісла чи ліжка.

Природу захворювання не встановлено, але добре відомо, що хвороба Альцгеймера не може бути зумовлена:

- судинними ураженнями мозку, його травмами;

- причинами, пов'язаними із сексуальними розладами;
- інфекціями;
- похилим віком;
- впливом на організм алюмінію чи інших металів.

Діагноз хвороби Альцгеймера встановити можна на підставі ретельного вивчення історії проблем хворого, опитування родичів і друзів, фізичного огляду та вивчення стану. Важливо виключити схожі стани й захворювання, пов'язані з порушенням пам'яті, інтоксикації, ендокринні захворювання тощо.

Ефективного лікування хвороби Альцгеймера, на жаль, не існує. Полегшити важкий стан хворого можна правильним та ефективним доглядом за ним, за допомогою консультування з терапевтом, соціальним працівником, іншими спеціалістами. Деякі симптоми знімаються ліками, але, перш ніж їх застосувати, треба порадитись із лікарем.

Хвороба Піка

Захворювання трапляється рідше, ніж хвороба Альцгеймера. Описано в 1896 р. Арнольдом Піком, воно виникає, зазвичай, у віці 55 років, продовжується 5–6 років. Захворювання починається зі змін структури особистості людини.

Початкова стадія характеризується такими проявами:

- розгальмованість учинків, потягів, ранне моральне огрубіння;
- здатність до антисоціальних вчинків;
- відсутність критики до поведінки, легковажність;
- підвищений настрій;
- зниження здатності осмислювати ситуацію, зміст прочитаного;
- зниження працездатності.

Середня стадія характеризується прогресуванням недоумкуватості. Виникають такі розлади:

- збіднення мови з подальшою (до «телеграфного стилю») повною втратою її, повторення слів, реплік, звуків;
- утрата мови як засобу спілкування в поєднанні з байдужістю пацієнта до цього, розлади писемної мови;
- утрата практичних навичок із самообслуговування.

За своїм станом пацієнти нагадують тих, хто страждає на хворобу Альцгеймера.

Пізня стадія характеризується повним розладом особистості. Хворі ведуть вегетативний спосіб життя, постійно перебувають у ліжку, часто в ембріональній позі. Мова зовсім відсутня. Періодично такі люди бувають рухливо-збуджені. Ненажерливість поєднується з виснаженням. Хворі потребують цілодобового нагляду.

Хвороба Гентінгтона

Захворювання характеризується хронічними настирливими рухами-гіперкінезами та недоумкуватістю, яка не досягає такої глибини, як при хворобах Альцгеймера та Піка. Це – спадкове захворювання, починається переважно в середньому та похилому віці. Деменція прогресує дуже повільно, на деяких етапах хвороби її розвиток припиняється. Тому деякі хворі тривалий час можуть перебувати в домашніх умовах і виконувати нескладну роботу. Але при цьому вони не спроможні осмислювати нові завдання, узагальнювати, набувати нових навичок і т. ін. При хворобі Гентінгтона часто трапляються психічні розлади від іпохондричних, депресивних, дісфоричних синдромів до маячних (ідеї ревнощів, переслідування, отруєння), інколи буває тактильний галюциноз. Лікування – оперативне (руйнування нервових клітин гангліїв), котре зменшує гіперкінези, та медикаментозне (нейролептики й препарати, які порушують утворення допаміну – метілдопа, Л-допа). Специфічного лікування немає.

Сенільна деменція (стареча недоумкуватість)

Виникає, зазвичай, у віці 70–80 років у зв'язку з атрофією кори головного мозку, характеризується розладом психічної діяльності й розвитком повної недоумкуватості. Захворювання розвивається поступово, повільно. З'являються малопомітні та зовсім не властиві хворим раніше риси: дріб'язковість, жадоба, сварливість, підозрілість, статева розпущеність. Хворі не здатні зосередитися на чомусь, метушливі. Порушується сон, він стає поверхневим і короткочасним. Здебільшого хворі сплять удень, уночі ходять по квартирі, щось шукають, переставляють меблі тощо. Порушується пам'ять: спочатку погано запам'ятовують імена, недавні події, новий матеріал, далі втрачається відтворення давніх подій від нового до старого,

від складного до простого. У розквіт хвороби не лише забувають, куди поклали гроші чи речі, а й не пам'ятають імена дітей, свого віку, поточного року й місяця, не здатні відтворити події, як поточні, так і віддалені.

Переставляють у пам'яті події далекого минулого, вважають, що вони відбувалися нещодавно. Утрачають здатність орієнтуватися не тільки в конкретній ситуації, а й у просторі взагалі. На кінцевих стадіях «упізнають» у незнайомих людях осіб, яких знали в дитинстві чи в молодості, давно померлих родичів, називають дітей братами чи сестрами, братів і сестер – батьками тощо. На відміну від інших форм недоумкуватості похилого віку, тривалий час зберігаються темп, жвавість і виразність мови. Зі зростанням деменції відбувається поступове вихолощення мови й розпад її граматичної структури. Значне місце в мові посідають слова-паразити, частки, вигуки, збільшується розрив між мисленням і мовою, що призводить до беззмістовної балакучості. Але повного розладу експресивної мови, як при хворобі Альцгеймера, не буває. Інколи спостерігаються маячні синдроми з ідеями обкрадання, збитків, підміни речей тощо, що пов'язано з порушенням пам'яті. При зростанні деменції маячення розпадається.

Лікування симптоматичне, але малоефективне. Застосовують вітаміни, судинно-розширюючі гормони, ноотропи. Важливі режим праці та відпочинку, догляд.

Судинна деменція

Зазвичай цей вид деменції розвивається внаслідок пошкодження мозку при високому артеріальному тиску, що призводить до розриву кровоносних судин у мозку або закупорки (тромбозу) судин, тим самим утруднюючи або припиняючи доступ крові до клітин мозку. Розвивається раптово чи поступово. Першою ознакою може бути погіршення короткочасної пам'яті – на недавні події. Потім усе більше здібностей погіршується. Дуже типовим є чергування періодів то погіршення, то стабілізації хвороби. На ранніх стадіях хвороби визначається високий рівень усвідомлення хвороби, критика власного стану, на відміну від того, що буває при хворобі Альцгеймера.

Як поводити себе тим, хто живе поруч із хворим на деменцію, та догляд за ним.

Людам, які доглядають хворих на деменцію, може бути дуже важко. Однак цю ситуацію можна подолати, якщо звернути увагу на деякі положення, котрі полегшать догляд за хворим:

1. Догляд за хворою людиною примусить вас змінити свій розклад, внести зміни до планування вашого життя. Але намагайтеся не змінювати усталені правила у вашому домі та природно ставитися до хворого родича так, як до хворого.

2. Дуже важливо, щоб хворий відчував власну незалежність якомога довше. Це зменшить відчуття руйнування власної особистості в нього.

3. Не забувайте, що людина, котру Ви доглядаєте, залишається індивідуальністю, має свої відчуття. Уникайте обговорення стану хворого в його присутності, цим ви підтримаєте в нього відчуття власної гідності.

4. Уникайте конфліктів, які є стресами для вас та для хворого, намагайтеся не звертати уваги на невдачі. Не забувайте, що хворий не винен у тому, що захворів.

5. Намагайтеся спростити світ навкруги хворого, не ставте перед ним надто складних завдань, умов вибору.

6. Смійтеся разом із хворим, але не над ним. Гумор може допомогти повернутися до життя.

7. Пам'ятайте про необхідну безпеку хворого, оскільки погіршення фізичної координації та пам'яті збільшує вірогідність тілесних ушкоджень. Зробіть свій дім якомога більше безпечним.

8. Заохочуйте заняття фізкультурою, що забезпечить непогані фізичні та психічні здібності на довгий час.

9. Підтримуйте спілкування з хворим, говоріть виразно та повільно, дивлячись йому в очі, проявляйте любов і теплоту, відшукуйте такі комбінації слів, які б спонукали його до спогадів або спілкування, не забувайте перевірити, чи слухає він вас. Не забувайте, що відчуття хворого не спрощуються зі зникненням блиску очей та погіршенням слуху.

Практичні поради щодо побуту хворого на деменцію:

1. Підтримуйте виконання хворим правил особистої гігієни (миття хворого в приємній обстановці, гоління тощо) в безпечних умовах, дозволяючи йому робити самостійно те, що йому під силу.

2. Одежу хворого, вільну за покромом, яку легко змінити, тримайте в одному місці, де він легко зможе її знайти. Якщо потрібно, потренуйте хворого в одязі.

3. Складіть графік відвідування туалету, зробіть напис на його дверях великими помітними літерами, залишайте ці двері відчиненими. Обмежте вживання хворим рідини у вечірній час, ставте нічний горщик поблизу ліжка хворого.

4. Якщо хворий утрачає навички приготування їжі, визначтеся, наскільки добре він може приготувати їжу, приберіть ріжучі предмети та посуд, що б'ється. Потурбуйтеся, щоб у хворого було досить білкової їжі, особливо м'яса.

5. Коли хворі втрачають навички користування посудом і самостійного приймання їжі, її можна дозволити їсти руками. Їжу перед уживанням бажано нарізати невеликими шматочками, а на пізній стадії годувати слід вареною, ретельно подрібненою чи рідкою їжею. Нагадуйте хворому, щоб він їв повільно, не перегодовуйте його.

6. Не залишайте хворого, коли він палить, або відмовте, по можливості, його від цього заняття.

7. При порушеннях нічного сну намагайтеся не давати можливості спати вдень, якомога більше гуляйте з хворим удень та давайте йому фізичне навантаження. Створіть необхідні комфортні умови для нічного сну.

8. Якщо хворий боїться залишатися на якийсь час на самоті, намагайтеся зайняти його цікавою справою на час вашої відсутності або попросіть когось із знайомих хворому людей побути поруч із ним.

9. Коли хворий забуває, де його речі, намагайтеся знайти, куди він їх поклав. Документи, ключі, інші важливі речі тримайте далі від нього. Перевіряйте відро для сміття, перш ніж звільнити його. Погоджуйтеся із хворим, що речі можуть загубитися, організуйте сумісний їх пошук.

10. Зробіть так, щоб у хворого завжди були дані про нього (прізвище, ім'я, по батькові, адреса, номер телефону) на випадок, якщо він вийде з дому без вашого відома та заблукає. Уникайте грубощів, не сваріть хворого, коли відшукали його, говоріть спокійно,

із любов'ю. Зробіть фотографію хворого, це допоможе вам при пошуках.

11. У випадках злостивості та агресії хворого тримайте себе спокійно, переведіть його увагу на більш спокійну діяльність, вясніть, що стало причиною агресії, щоб уникнути її в майбутньому.

12. При появі маячних розладів, галюцинацій, пригніченого настрою, тривоги тощо зверніться до психіатра.

4.3. Олігофренія

Загальна характеристика захворювання

У перекладі з грецького слово «олігофренія» (*оліго* – мало, *френ* – розум) означає стан психічного недорозвинення. Причиною його можуть бути:

- несприятлива спадковість чи ураження плода внаслідок го-стрих і хронічних інфекцій, інтоксикація, травм материнського ор-ганізму (ще в період внутрішньоутробного розвитку);
- пологові травми й тривала асфіксія плода;
- захворювання дитини в перші роки життя; що раніше відбува-ється ураження, то важчий дефект психічного розвитку.

Для олігофренії характерні не лише низький інтелект, але й по-гана пам'ять, порушення уваги, емоційні та вольові порушення. Інколи на тлі загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляються окремі гарні здібності (до складних арифметичних обчислень, запам'ятовування довгих вір-шів тощо).

За ступенем психічного недорозвинення виділяють такі варіан-ти олігофренії:

- легка розумова відсталість (дебільність);
- помірна розумова відсталість (неглибока імбецильність);
- важка розумова відсталість (різко виражена імбецильність);
- глибока розумова відсталість (ідіотія).

При *легкій розумовій відсталості* психічний вік у дорослих відповідає віку 9–12 років. Із ранніх років хворі виявляють відста-вання в розвитку, пізніше починають ходити, говорити. До 4–6-річ-ного віку це відставання згладжується, але в школі такі діти вчаться

погано. Якщо вони спокійні, старанні, то завдяки своїй посидючості під контролем батьків навчаються у звичайній школі задовільно, закінчують 1–2 класи. Частіше хворі діти не спроможні осмислити навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі. Краще засвоюють трудові навички, навчені певного ремесла, вони можуть бути працевлаштовані та забезпечені певним життєвим мінімумом. Хворі легко піддаються сторонньому впливу, тому часто стають співучасниками злочинів. У них досить добра механічна пам'ять. Залежно від ступеня вираженості недорозвинення інтелекту, мають різний обсяг знань, інколи можуть здобути середню освіту, але й у цьому випадку переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, несамостійність. Емоційно-вольова сфера розвинена більше, поруч зі слабкістю саморегуляції, нездатністю подолати свої потяги, недостатнім обдумуванням дій, імпульсивністю поведінки.

При *помірній розумовій відсталості* психологічний вік дорослих відповідає 6–9 рокам. У дитинстві спостерігається виражене відставання в розвитку, але більшість із них володіє невеликим запасом слів. Мова, хоча й дуже бідна, але послідовна. Хворих удається навчити читання, письма, елементарного рахування, прищепити трудові навички (підмести підлогу, приготувати просту їжу, погодувати домашніх тварин тощо). Але вести самостійний спосіб життя такі люди неспроможні. Вони потребують сторонньої підтримки поза спеціалізованими закладами (інтернатами).

При *важкій розумовій відсталості* психологічний вік дорослої людини менше трьох років. Це – найважчий ступінь психічного недорозвинення. Мова не розвивається, хворі видають нерозбірливі звуки. Відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють їстівне від неїстівного, нерідко пожадливі, неохайні. Одні з них мають розгальмованість рухів (бігають, хапають речі, пхають їх до рота), при протидії виявляють невдоволення. Інші – малорухомі, більше лежать, сплять. Не здатні засвоїти елементарні навички самообслуговування, спілкування.

Форми розумової відсталості за причинами виникнення Справжня (первинна) мікроцефалія

Хворі вирізняються малими розмірами черепної коробки: окружність голови ледве сягає 40 см унаслідок передчасного заростання кісткових швів. Малі розміри черепа припиняють розвиток мозку. Типовою є невідповідність між невеликим черепом і нормальним зростом.

Розумова відсталість при мікроцефалії досягає ступеня важкої або глибокої. Хворим властиві жвавість емоційних реакцій, відповідне реагування на радісні й неприємні події. Для них також характерна афективна нестабільність. Хворі дратливі, гнівливі, разом із тим добре піддаються зовнішньому впливу та здатні до наслідування. У зв'язку з тим, що диференційовані й точні рухи їм не властиві, виробити в них навіть нескладні трудові навички не вдається.

Фенілпіровиноградна олігофренія (фенілкетонурія)

Ця форма розумової відсталості виникає при спадково зумовленому порушенні обміну амінокислоти фенілаланіну, що входить до складу всіх продуктів харчування, особливо білкових. Наслідком цього є порушення обмінних процесів, важливих для мозку дитини, що росте та розвивається, припинення розвитку вже на першому році життя, що призводить до важкої розумової відсталості, епілептичних нападів, ранньої інвалідизації. При народженні й у перші тижні життя дитина нічим не відрізняється від здорових немовлят. Діагноз можна встановити лише біохімічним дослідженням кількості фенілаланіну в крові дитини, яка на 5–6 день життя підвищується в 10–20 разів. На 2–3 місяці життя діагностика проводиться досить простими хімічними пробами: при додаванні до сечі кількох крапель 10 % розчину хлориду заліза вона стає темно-зеленою. Те саме відбувається, якщо нанести краплю реактиву на мокру пелюшку.

Але вже на 2–3 місяці життя немовляти можна помітити, що в нього посвітлішало волосся (особливо, коли при народженні воно було темним), світлішають райдужні оболонки очей. Дуже рано з'являється діатез. Такі діти швидко набирають вагу – до 1,5 кг на місяць, але залишаються млявими, «лінивими». Від сечі та поту ди-

тини, а також від голівки долинає своєрідний «мишачий» запах. Рано закривається велике джерельце (3–6 місяців). На 4–6 місяці життя з'являються ознаки ураження нервової системи: дитина стає пасивна, слабо реагує, а потім зовсім перестає реагувати на звернення, не посміхається, не бере в руки іграшку, не дивиться в обличчя матері, не перевертається на живіт, не намагається сісти. Інколи діти, котрі вже сиділи, перестають сидіти до 1,5–2 років, вони не повзають, хода запізнюється до двох років. У другому півріччі життя з'являються епілептичні напади у вигляді кивків, кльовків чи «салаамових» судом, частіше – серіями після сну, які не піддаються лікуванню звичайними засобами. Своєчасна діагностика дає змогу запобігти розвитку олігофренії спеціальною дієтою, що не містить фенілаланіну, а також призначенням відповідних препаратів.

Хвороба Дауна

Прийнято вважати, що хвороба Дауна спостерігається в одного з 600–800 немовлят. Пов'язана вона з наявністю зайвої хромосоми. Хворі мають характерний зовнішній вигляд: косо поставлені очі, вузькі очні щілини, великий язик, маленький «гудзичковий» ніс, короткі пальці, малий зріст та деякі інші ознаки. Розумова відсталість досягає ступеня важкої й глибокої, але інколи може бути легкий ступінь. Мислення тугорухливе, грубоконкретне. Хворі часто розгублюються, коли стикаються з чимось новим, незвичайним. Відносно добре розвинена механічна пам'ять. Мова розвивається пізно, вона дефектна, нечітка. Запас слів обмежений. Емоційна сфера відносно розвинена. Глибина недоумкуватості інколи маскується ейфоричним настроєм і значно вираженим наслідуванням поведінки й висловлювань інших.

Рубеолярна енцефалопатія

У медико-психологічній науці так називають глибоку розумову відсталість, що зумовлена ураженням плода вірусом краснухи, який передається від матері в перші три місяці вагітності. У клінічній картині проявляється важкою чи глибокою розумовою відсталістю в поєднанні з фізичними вадами: мікрофтальмією, катарактою, вадами серця, ураженнями слухового апарату, дефектами

розвитку зубів, будови скелета й сечостатевиx органів. Супроводжується психомоторним збудженням, імпульсивністю поведінки, розладами сну.

Розумова відсталість унаслідок токсоплазму

Відомо, що збудником токсоплазму є токсоплазма, яка належить до найпростіших паразитів й уражає різні органи та системи організму. Ураження може відбуватися через плаценту матері або після народження – у ранньому дитинстві. Токсоплазма зумовлює запальні явища в оболонках мозку, речовині мозку, органах зору. Поряд із важкою або глибокою розумовою відсталістю спостерігаються дисплазії: деформація черепа, асиметрія лицевого скелета, неправильна будова вух, піднебіння, зубів; інші вади, ураження внутрішніх органів, а також судомні припадки.

Розумова відсталість унаслідок резус-несумісності

Несумісність резус-фактора матері й дитини призводить до розвитку в плода гемолітичної хвороби. Результатом цієї хвороби є розумова недорозвиненість глибоких ступенів у поєднанні із симптомами органічного ураження головного мозку (косоокість, судомні напади, дефекти слуху тощо).

Розумова відсталість унаслідок пологової травми й асфіксії новонароджених

Інтелектуальна недостатність – від легкої до глибокої. Спостерігаються значні розлади уваги й пам'яті, мови, утрата критики, що не відповідає ступеню інтелектуального дефекту. Характерні підвищена стомлюваність і виснаженість. Часто бувають ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску. Інколи спостерігаються судомні напади, а в неврологічному статусі – вогнищеві неврологічні симптоми. У деяких випадках дефекти інтелекту стають помітними лише в юнацькому віці, що збільшує подібність між олігофренією та деменцією.

Процес лікування олігофренії

Лікування олігофренії може бути успішним лише тоді, коли відома причина захворювання й за умови своєчасного виявлення, на-

приклад, фенілкетонурія. При цій формі обмежують у їжі кількість фенілаланіну, що міститься в білках рослинного та тваринного походження. Використовують чисті гідролізати білка без фенілаланіну, до яких додають вуглеводи, жири, мінеральні солі й вітаміни. Широко застосовується препарат берлофен, суміш амінокислот без фенілаланіну-аміногран тощо. Лікування слід розпочинати з перших тижнів життя.

При інших формах розумової відсталості деякий ефект можуть дати глютамінова кислота, аміналон, ноотропи. Загалом же терапія носить симптоматичний характер – вплив на афективну сферу за допомогою нейролептиків, на судомні прояви – транквілізаторів, проти-судомних тощо. У будь-якому разі при виникненні сумнівів щодо психічного розвитку дитини слід якнайшвидше звернутися до фахівця.

4.4. Шизофренія

Шизофренію вважають найбільш розповсюдженим психічним захворюванням. За даними вітчизняних дослідників, вона трапляється в 0,5 % населення. Захворюють на неї щорічно двоє з десяти тисяч жителів. А всього у світі нараховується близько 10 млн хворих на цю недугу.

Причини захворювання остаточно не виявлені, хоча дослідження в цій галузі ведуться у всьому світі. У різні часи причинами вважалися то мікроб, то вірус, то виділена з крові хворих отруйна хімічна речовина, то – антитіла, що утворюються в організмі та руйнують мозок. У зв'язку з розвитком генетики висунуто теорію спадкової зумовленості шизофренії. Але жодна з названих гіпотез не витримує експериментальної перевірки, жодна не підказала лікарям ні шляхів попередження, ні нових підходів до лікування. Залишається надіятися, що вирішальне слово щодо цього питання наука ще скаже.

Шизофренія найчастіше починається у віці 15–25 років. Початок може бути гострим, раптовим – і тоді хвороба досягає **максимальних проявів уже через 1–3 дні. Хвороба може розвиватися повільно, непомітно**, коли основні її прояви формуються протягом багатьох місяців і навіть років. І, нарешті, існує проміжний варіант початку захворювання – підгострий.

Прояви шизофренії

Загальне уявлення про прояви шизофренії можна отримати, ознайомившись з її основними формами, назви яких даються за провідним синдромом.

При *параноїдній* (маячній, галюцинаторно-маячній) формі основною ознакою є маячення, котре часто поєднується зі слуховими чи зоровими галюцинаціями. Усі різновиди маячення мають загальну основу – страх уявної, не існуючої небезпеки. Це може бути переслідування якимись людьми, вплив фантастичними могутніми приладами чи надсильним гіпнозом, спроби отруєння, неіснуюча хвороба, подружжя «зрада», тощо. Галюцинації у вигляді голосів, видінь, запахів, незвичайної щодо смаку їжі відповідають змісту маячення й ще більше зміцнюють упевненість хворого в істинності маячних ідей, і навпаки, галюцинації можуть з'явитися раніше, ніж маячення, переважати в картині психозу – і тоді вже на їх основі формується маячна симптоматика.

Кататонічна форма шизофренії проявляється порушеннями у сфері рухів. З одного боку, буває різке, безпорядне рухливе збудження з хаотичними, несподіваними діями та криком, з іншого – повна нерухомість, «заціпеніння», відмова від їжі, наполегливе мовчання. Спроби нагодувати, переодягти хворого, заговорити з ним натикаються на вперту протидію. Одним зі своєрідних симптомів цієї форми захворювання є так звана «воскова гнучкість», коли тіло хворого на довгий час наче застигає в найнезручній позі, котру хтось надав йому.

Найважчою формою є *гебефренічна* (від грецького слова «гебе» – юність), коли прояви хвороби нагадують дитяче пустування. Але якщо в дитячому пустуванні є завжди якийсь зміст, – це або гра, або жарт, – то безглузда поведінка хворого незрозуміла, несподівана.

Проста форма шизофренії носить таку назву через те, що хворому нічого не здається, збудження чи безглуздих вчинків немає, а поведінка мало чим відрізняється від поведінки звичайної людини. Захворювання проявляється своєрідними змінами особистості у вигляді незвичайної замкненості, пасивності та байдужості, що нарастають. Вони мало залежать від зовнішніх причин, проявляють-

ся майже постійно. Стає важко мислити, важко засвоювати нове. На цьому тлі можуть простежуватися різні дивацтва в поведінці.

Деякі симптоми (ознаки) хвороби можуть проявлятися практично при всіх її формах. Це – аутизм, депресія, розірваність логічних зв'язків. Аутизм проявляється в тому, що хворий неначе чимось непрозорим відгороджується від оточуючих, занурюючись у власні, найчастіше неприємні, переживання. Наслідком аутизму є й те, що хворі ведуть надзвичайно замкнене життя: нікому не відчиняють двері, навіть знайомим, не піднімають телефонну трубку, коли до них телефонують, припиняють контакт із близькими та сусідами.

Депресія спостерігається при багатьох психічних розладах. Проявляється вона відчуттям важкої туги, тривоги, загальмованістю, котра доходить до повного заціпеніння. Думки про власну винуватість, непотрібність, про безмістовність життя не залишають хворого ні на хвилину. Особливо глибоку тугу депресивні хворі відчувають уранці, надвечір їхнє самопочуття трохи покращується. Саме на ранкові часи припадає найбільша кількість спроб самоагресії серед цих хворих. Розлади мислення при шизофренії проявляються в тому, що між окремими думками рвуться логічні зв'язки. Судження хворого стають багатослівними, безмістовними, незрозумілими. Відсутністю логіки й пояснюється те, що під час бесіди з хворим на шизофренію ми ніяк не можемо зрозуміти, що ж він нам хоче сказати.

Можливі три варіанти перебігу захворювання:

- безперервний;
- приступоподібний із прогресуванням;
- приступоподібний без прогресування.

Приблизно кожен із чотирьох хворих на шизофренію повністю одужує та почуває себе здоровим багато років. Інші (на щастя, їх небагато) зовсім не реагують на лікування. Однак більшість пацієнтів, навіть одужавши після приступу, будуть мати приступи хвороби в майбутньому. Це може статися і через тижні, і через роки. Під час наступного приступу може з'явитися нова дивна поведінка, але частіше буде повторюватися один і той самий тип поведінки. У період між нападами (приступами) родичі помічають, що хворий уже не той, яким був до хвороби. Наприклад, він виконує роботу

набагато повільніше, дуже мало спілкується з людьми, утрачає інтерес до багатьох речей і може сидіти, нічого не роблячи, весь день. Сім'я помічає, що звична робота вдома залишається невиконаною, дім стає запущеним. Хворий не бере участі в сімейному житті, як це було раніше, стає начебто глухим до сімейних подій. Це не повинно викликати досаду в родичів. Такі зміни – частково наслідок лікування, частково – результат захворювання й частково – результат спроб хворого уникнути того, що розчаровує його, щоб не захворіти знову. Однак багато з названого може з часом змінитися в кращий бік, особливо коли сім'я підтримує та заохочує хворого.

Чи можна впевнити пацієнта з маяченням у хибності його міркувань та чи варто взагалі говорити з ним про це? Одними запевненнями маячення вилікувати неможливо. Без медикаментозного лікування воно не зникне, і найпереконливіші аргументи не здатні зруйнувати цілком, здавалося б, хибну маячну систему. Парадоксально, але зміст маячення – саме в цьому. То чи варто говорити з хворим на «хвору» тему? Вважаємо, що так, але лише коли хворий цієї розмови бажає сам і ваші аргументи не викликають у нього ще більшої підозріливості та роздратованості. Треба знайти саме ті слова, котрі зменшать страх, послаблять хворобливу напруженість, допоможуть хворому свідомо звернутися до лікаря. Інколи хворі чують голоси, які забороняють їсти, або, з маячних міркувань, вважають, що їжа отруєна. Слід пам'ятати, що відмова від їжі є ознакою загострення хвороби, намагатися, якщо це можливо, в'яснити, чому хворий не їсть, умовити його й нагодувати. Якщо це не вдається, не варто чекати виснаження хворого, потрібно терміново звернутися по допомогу до психіатра. Під впливом важких хворобливих переживань при загостренні шизофренії (маячення, депресія, галюцинації, страх) можливі спроби небезпечних дій. На жаль, цю можливість недооцінюють родичі хворого та його оточення. Якщо ви помітили, що хворому стало гірше, і підозрюєте початок загострення, не залишайте хворого самого до огляду лікарем, сховайте небезпечні предмети: обережність ще нікому не зашкодила.

Є низка факторів, котрі ускладнюють хворобу. Серед них – пияцтво, яке провокує хворих на небезпечні дії (раптові, незрозумілі),

утруднює лікування, призводить до швидкої втрати працездатності та деградації. Не менше зло для хворого на шизофренію – наркотики; несприятливо впливають травми голови. Потужним поштовхом до загострення можуть стати важкі переживання, самотність, відчай, непосильні навантаження. Хворим не рекомендується перебувати на відкритому сонці, працювати з отруйними хімічними сполуками, у шумних умовах.

Як визначається душевна хвороба?

Основою діагностичного дослідження в психіатрії є бесіда лікаря-психіатра. При встановленні діагнозу лікарю потрібно знати не лише те, що говорить про себе сам хворий, але й те, що можуть сказати про його характер, поведінку, прояви хвороби родичі, котрі з ним проживають. Цінну інформацію для діагностики дає лікарю спостереження за хворим у динаміці, при повторних оглядах, а також зміни його стану в процесі лікування. Із додаткових діагностичних досліджень найбільш вагомими результатами дає обстеження медичним психологом за спеціальними методиками. Обов'язковими є звичайні дослідження – аналіз крові, сечі, калу, флюорографія, тощо, але їхня мета – визначити, чи немає в психічно хворого будь-яких захворювань внутрішніх органів.

Чи можлива неправильна діагностика шизофренії? Такі випадки на початкових етапах інколи мають місце. Це пов'язано з тим, що шизофренія на початку може «одягти маску» неврозу, психопатії, якоїсь ситуаційно обумовленої депресії. І, навпаки, неврози, психопатії, реактивні стани інколи маскуються під шизофренію.

Бувають настільки важкі в діагностичному плані, заплутані, атипові випадки, що з «першого попадання» точний діагноз установити надзвичайно складно. Саме в таких випадках і можлива помилкова діагностика. Якщо лікарі поспішили з діагнозом шизофренії й він не відповідає дійсності, ЛКК лікувального закладу (психіатричного) може зняти його після стаціонарного чи амбулаторного обстеження. Помилкова діагностика не відбивається на лікуванні, тому що в психіатрії застосовують препарати, котрі допомагають при подібних, схожих проявах психічних розладів.

Деякі хворі, намагаючись приховати з різних причин загострення, що настало, не лише не зізнаються в цьому, що мають важкі,

інколи неприємні переживання, проте при сторонніх намагаються поводитися так, ніби нічого не відбувається. І все ж, залишившись на самоті, упевнившись, що їх ніхто не бачить, хворі стають похмурими, напруженими, зосередженими, прислухуються до чогось, розмовляють самі із собою. Знати про це явище – дисимуляцію – треба, адже непомічене через неї загострення хвороби може призвести до серйозних наслідків, асоціальних вчинків.

Навіть коли встановлено діагноз шизофренії, не слід упадати у відчай, адже в перебігу захворювання можуть спостерігатися періоди загострення, під час яких людина собою не керує, але ці періоди більш-менш короткочасні, загострення після лікування проходить. І більшість хворих усе-таки живе вдома, у сім'ях, значна частина працює. Покращання, що настало після лікування в стаціонарі, у багатьох випадках потрібно підтримувати, інакше ситуація може поновитися. Якщо лікар рекомендує приймати підтримуючий препарат, не слід відмовлятися, навіть коли після виписки з лікарні самопочуття цілком задовільне, а впевненість у тому, що хвороба не повториться, непохитна. Але це лікування – профілактичне, воно розраховане саме на такі випадки, коли людина, котра перенесла загострення шизофренії, ще не одужала. Дози медикаментів для підтримуючого лікування набагато менші за ті, котрими лікують загострення, але термін повинен бути тривалим – місяці, а то й роки.

Існує група препаратів продовженої дії, до якої належать модітендепо, ліородін-депо, галоперідол-деканоат, ІМАП, СЕМАП, піпортил та інші. Лікування цими препаратами має свої переваги: по-перше, немає необхідності приймати ліки щодня або двічі, тричі на день; по-друге, для попередження повторних спалахів потрібні значно менші дози, препарати продовженої дії, порівняно з аналогічними «багаторазовими» ліками. Період профілактичного лікування препаратами продовженої дії визначає в кожному конкретному випадку лікуючий лікар. Але потрібно підкреслити, що самостійно припиняти лікування дуже ризиковано, оскільки може розвинути-ся загострення хвороби.

Лікар рекомендує стаціонарне лікування в тих випадках, коли ефективне лікування в домашніх умовах неможливе через необ-

хідність ретельного підбору доз, коли ймовірні скоєння неконтрольованих небезпечних дій, а також для проведення військової й трудової експертизи. У стаціонар хворих направляють за їхньою згодою, але у виключних випадках, коли стан хворого такий, що вдома перебувати він не може, а лікування потребує, лікар має право госпіталізувати хворого без його згоди. Такі випадки передбачені певними інструкціями, розділами Закону про психіатричну допомогу тощо.

У яких випадках визначається група інвалідності?

Питання про групу інвалідності ставиться лише тоді, коли внаслідок хвороби втрачається здатність до праці – частково чи повністю. При частковій втраті працездатності визначається третя група інвалідності. Друга група визначається при повній утраті працездатності, коли людина через хворобу тривалий час не працює, при частих (2–3 рази на рік) або тривалих (більше чотирьох місяців) загостреннях хвороби.

При наявності ознак інвалідності ЛКК психіатричної лікарні чи диспансеру заповнює направлення на МСЕК, котра й виносить остаточне рішення. Група інвалідності призначається на термін від шести місяців до трьох років, після чого проводиться черговий переогляд: інвалідність підтверджується чи знімається. Якщо черговий переогляд не проведений своєчасно, виплата пенсії припиняється. При первинному виході на інвалідність пенсія нараховується з моменту подання заяви у відділ соцзахисту (соцзабез).

Наскільки часто потрібно відвідувати лікаря-психіатра після виписки з лікарні?

Після виписки хворого з лікарні функції спостереження за ним, при необхідності – лікування вдома виконує дільничний психіатр психоневрологічного диспансеру або психіатр районної лікарні (РТМО). Рекомендується відвідати свого лікаря (дільничного психіатра чи районного в перші 3–5 днів після виписки з лікарні. Важливо визначити, як пройшло пристосування до домашньої обстановки, адаптація до роботи, чи не змінився на гірше стан після зниження доз медикаментів. Дати наступних відвідань призначає лікар. Якщо стан задовільний, відносини з оточуючими нормальні, хворі оглядаються щомісяця або раз на 2–3 місяці чи ще рідше. При

нестійкому стані хворого, коли підтримуюче лікування не підібране, відвідувати лікаря слід значно частіше, багато з хворих виховують дітей і онуків. А в найбільш сприятливих випадках, незважаючи на хворобу, спостерігаються й професійне зростання, певні творчі успіхи. Так, можливо, це захворювання й погребує якихось обмежень у житті, у виборі професії, але підстав опускати руки та зневіритися, дізнавшись про діагноз «шизофренія», немає.

Зняття з обліку в диспансері чи в районній лікарні можливе, якщо захворювання протягом тривалого часу (не менше п'яти років) не дає загострень, не спостерігаються небезпечні наміри та вчинки, а людина цілком адаптувалася в суспільстві. Сам факт перебування на диспансерному обліку не свідчить ні про розумові здатності людини, ні про її «ненормальність», не є чимось принизливим чи компрометуючим. Диспансерне спостереження існує для того, щоб попередити ризик загострення, відкорегувати підтримуюче лікування, допомогти хворому знайти вихід із будь-якої ситуації, із котрою він сам не може справитися. Факт перебування на диспансерному обліку є лікарською таємницею; розголошення якої карається Законом.

Аналіз соціально-психологічної ситуації, коли хворий вступає в шлюб

За захворювання на шизофренію не виключає можливості створення сім'ї, але кожний конкретний випадок вимагає свого, ретельно зваженого підходу. Ось чому розмова з лікуючим лікарем необхідна. Лікарю також непросто. Він розуміє відповідальність за долю хворого, життя котрого в цьому випадку змінюється докорінно. Дуже складно заздалегідь вирішити, чи зможе хворий або хвора постійно підтримувати шлюбні відносини, узяти на себе додатковий клопіт та піклування. Але якщо рішення створити сім'ю прийнято, ні за яких обставин не слід приховувати від майбутнього подружжя факт своєї хвороби. Приховати це в цьому випадку – значить не лише підвести дорогу людину, але, передусім, скомпрометувати себе. Серйозному почуттю повідомлення про хворобу на заваді не стане, інколи через це отримаєте відмову, значить, рано чи пізно, але розрив був би неминучим. Що раніше він відбудеться, тим меншою бідою обернеться для обох сторін. Хоч ситуація

непроста, родичам треба постаратися запевнити хворого, що все ще може змінитися на краще, що попереду – ціле життя. Існує помилкова думка, ніби подружнє життя може саме по собі припинити психічний розлад. Цим шансом намагаються скористатися батьки, влаштовують шлюб із «лікувальною» метою, але цей захід у будь-якому випадку до одужання не приводить, лише може спричинити зайві проблеми.

Спадкова передача шизофренії можлива, але не обов'язкова. Іншими словами – діти хворих на шизофренію мають дещо більший шанс захворіти на цю хворобу, і в той же час цілком вірогідно, що цього може не відбутися. Можливість передачі захворювання потомству значно зростає, якщо на захворювання страждають і батько, і мати. Конкретну консультацію з цього питання можна отримати в лікаря-генетика, який є в кожному обласному центрі.

Деякі особливості спілкування хворих на шизофренію. Надмірна замкненість, вразливість, сором'язливість, котрі властиві хворим на шизофренію, утруднюють їхнє спілкування не лише з малознайомими, але й із близькими людьми. Можливо, що при спілкуванні з хворими на шизофренію вам допоможуть кілька дуже простих для розуміння, хоча інколи дуже складних для виконання порад:

1. Будьте гранично терплячими, намагайтеся вислухати хворого до кінця, незважаючи на те, що «вже давно все ясно». Бажано показати, що бесіда вас зацікавила й що багато в чому ви його розумієте.

2. Намагайтеся не сперечатися без особливої потреби, а якщо є потреба – розмовляйте в доступній формі, без роздратування.

3. Помітивши щось незвичайне у вчинках, висловлюваннях, манері одягатися хворого, уникайте насмішок, дотепів, навіть найбільш необразливих.

4. Ніколи, ні в якому разі не докоряйте хворому його захворюванням і на лякайте відправкою в психіатричну лікарню. З іншого боку, ніколи не заявляйте хворому, що він цілком здоровий, прикидається, тому що не хоче працювати.

5. Із вашого лексикону назавжди мають зникнути слова, що містять насмішку, принизливе ставлення до психічно хворого, до психіатричної лікарні. Як би хворий вас на образив, як би не хотілося постояти за себе в мить гніву, ніколи не забувайте, що коли б він

був здоровим, він би цього не зробив. Це допоможе вам бути стриманішим.

6. Намагайтеся виховати у хворого повагу до самого себе схваленням його успіхів, які б незначні вони не були.

7. Забезпечте можливість як спілкування з людьми, так і можливість усамітнення, коли це потрібно.

8. Намагайтеся умовити хворого приймати ліки.

9. Уникайте зайвої критики.

10. Якщо у хворого є якісь улюблені заняття – так зване хоббі (малювання, фотографування, літературна творчість, догляд за домашніми тваринами тощо), – намагайтеся усіляко заохочувати його до цих занять. Вони відволікають від важких переживань, покращують настрій. Ніколи не докоряйте хворому його захопленнями.

Чим може бути корисна хворому медична сестра?

Інколи наші хворі бувають безпорадні в побуті, беззахисні в якихось суперечливих питаннях удома чи на виробництві. У подібних ситуаціях хворий потребує не стільки медичної, скільки соціальної допомоги. Для цього в психіатричному диспансері існує соціально-правова служба Медсестри тут допоможуть залагодити конфлікт на роботі та, за потреби, сприятимуть у працевлаштуванні. У випадку домашніх непорозумінь вони разом із лікарем допоможуть розібратися в складностях стосунків хворого з членами його сім'ї, сусідами. Медсестра соціальної допомоги може потурбуватися про те, щоб хворого забезпечили паливом на зиму, викликати із ЖЕКУ фахівця, якщо хворий проживає сам і самостійно зробити це не в змозі. Медсестра соціальної допомоги допоможе поновити втрачені документи, приватизувати житло, оформити пенсію тощо.

Ставлення до клінічного психолога-психотерапевта та лікаря-психіатра

Ставлення пацієнтів та їхніх родичів до психолога й психіатра можливе в трьох основних варіантах: взаємне партнерство, коли до лікаря звертаються своєчасно та регулярно з усіма проблемами, що виникають у хворого. Поради й приписи лікаря чітко виконуються. Це – ідеальний варіант. Протилежний тип відносин – негативно-стичний. Поради лікаря не лише не виконуються, але нерідко родичі чинять навпаки – категорично відмовляються від направлення

хворого в стаціонар при наявності прямих для цього показів чи свідомо приховують від лікаря небезпечні вчинки хворого. Нарешті, існує пасивно-байдужий тип відносин, коли лікаря самостійно не відвідують, ні із яких питань з ним не радяться, мотивуючи тим, що це безглуздо. Негативне та пасивно-байдуже ставлення до лікарських рекомендацій, неневиправдана, сліпа впертість, через яку хворий залишається практично без медичної допомоги.

Життя поруч із хворими на шизофренію надзвичайно складне. Їхня дивна поведінка викликає в рідних роздратування, відчуття, що втрачається терпіння, інколи родичі відчують неспокій, тому що не знають, де перебуває в цей час хворий і чого слід від нього чекати в майбутньому, що взагалі буде з хворим. Ці побоювання та неспокій зрозумілі. Тому дуже важливо, щоб хворий намагався жити максимально незалежно від рідних. Він повинен повернути довіру до себе, повагу, брати на себе відповідальність і самому доглядати себе. Хворому на шизофренію, як це не парадоксально звучить, стає краще, якщо він живе своїм життям на власний розсуд, наскільки це можливо. Інколи хворий може звернутися по допомогу до психіатра, пройти курс лікування в стаціонарі, отримати допомогу в працевлаштуванні, у розв'язанні якихось соціальних питань. Але потрібно дозволити хворому самостійно приймати рішення та поступово розширяти ступінь такої самостійності.

4.5. Епілесія

Загальна характеристика епілепсії та епілептичних нападів.

Поняття «епілесія» в перекладі з древньогрецької мови означає стан охоплення, нападу. Здавна людям навіювалася думка, що приступи викликаються демонами й епілесія стала відома як «священна» хвороба. Ці міфи та жахи навколо епілептичних нападів, що формували ставлення до людей з епілепсією, набагато ускладнювали їхнє життя. Слово «епілесія» не означає нічого більшого, ніж тенденцію до епілептичних нападів.

Відповідно для визначення експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (1975), *епілесія* – це хронічне захворювання головного мозку, яке викликається різними чинниками й характеризується повторними епілептичними нападами, що виникають у ре-

зультаті надмірних, розрядів нервових клітин і супроводжуються численними симптомами. Останнім часом епілепсію визначають не як захворювання, а як стан головного мозку, котрий характеризується схильністю до повторних епілептичних нападів, тобто епілепсія розглядається не як хвороба, а лише як ознака неврологічного порушення, що викликає напади.

Головний мозок – дуже складний та чутливий орган. Він керує й регулює всі наші дії: контролює рухи, відчуття, думки та емоції. Він утримує в собі всю нашу пам'ять, а також регулює роботу внутрішніх органів – серця, легенів, печінки, нирок й ін. Мозкові клітини працюють разом, сполучаючись за допомогою електричних сигналів. Інколи під впливом змін мозку мають місце електричні викиди з груп нервових клітин, що спричиняють напад. Тип нападу залежить від частини мозку, у якій стався такий викид.

Перед початком нападу деякі люди відчувають попередження, яке називається «аурою». Аура може виникати за достатньо довгий проміжок часу до приступу, що дає можливість людині уникнути травмування. Деякі хворі раптово відчувають нудоту, зміну температури тіла, дискомфорт у шлунку або в ділянці серця. У деяких випадках аура виникає у вигляді музичного звуку, дивного смаку чи аромату. Якщо хворий може надати лікарю задовільний опис своєї аури, це спрощує пошук частини мозку, у якій виникають початкові викиди. Аура може зникнути без розгортання в судомні чи інші напади, тоді вона називається простим парціальним нападом.

Теоретично можливе припущення, що в кожній людині при певних обставинах може виникнути епілептичний напад. Кожний із нас має поріг збудливості клітин мозку, який робить нас більше чи менше вразливими до нападу. Приступи мають багато чинників, які розглядаються нижче. Вони не залежать від віку, статі, раси тощо.

За захворювання на епілепсію набагато більше поширене, ніж вважає більшість населення. Приблизно п'ятдесят мільйонів людей у світі страждають на цю хворобу. Загалом, 5 % населення земної кулі повідомляють про напади, що траплялись у їхньому житті. Останні оцінки вказують, що більш ніж 1 % людей страждає від епілепсії. У пострадянських країнах ця цифра складає орієнтовно 0,8–1,2 %, залежно від регіону.

Епілептичні напади можуть з'явитись у будь-якому віці. 50 % усіх випадків захворювання трапляється у віці до 10 років. У більшості людей при виникненні в зрілому віці напади мають тенденцію до зниження з часом частоти та важкості. У багатьох випадках залежно від форми захворювання епілепсія може зникнути повністю.

Класифікація типів епілептичних нападів

Трапляється багато різновидів епілептичних нападів, їх частота та форма значно відрізняються в кожного хворого. У зв'язку з великою кількістю типів нападів розроблено специфічну класифікацію, що підтримується Міжнародною лігою боротьби з епілепсією. Вона описує два головних типи – генералізований і парціальний. Якщо надмірний електричний викид обмежений окремою ділянкою мозку, то свідомість утрачається й такий напад називається ***парціальним***. Якщо електричний викид охоплює весь мозок, то свідомість утрачається й цей напад називається ***генералізованим***.

Протягом парціального нападу пацієнт може мати незвичайні відчуття, несподівані судомні рухи однієї частини тіла, викривлення слуху, зору чи шлунковий дискомфорт. Свідомість із початку приступу не порушується, але в подальшому може втрачатися. Складний парціальний напад являє собою складну дію з порушенням, але без втрати свідомості. Протягом нападу хворий виглядає приголомшеним. Зміни поведінки, так звані «автоматизми», можуть виявлятися у вигляді безцільної ходи, бурмотіння, повертання голови, «теребіння» одягу, прицмокування.

Абсанси – напади, що являють собою втрату свідомості на 5–15 секунд. Люди, котрі страждають від абсансів, схожі для стороннього спостерігача на мрійників, які затримують погляд на кілька секунд. У таких випадках слід звернути увагу на деякі зміни поведінки: кліпання, жування, незначні ритмічні рухи м'язів обличчя, голови, рук. Протягом нападу людина не відповідає на звернуту до неї мову й помірну фізичну стимуляцію. Абсансу не передує аура, і звичайна діяльність може бути продовжена зразу ж по його закінченні.

Тоніко-клонічний напад складається з двох фаз. У тонічній фазі людина втрачає свідомість і падає. Тіло стає напруженим. У клонічний період спостерігається посмикування або дрижання кінцівок. Свідомість повертається повільно. Якщо тоніко-клонічним напа-

дам передусє аура або інші прояви парціальних приступів, то такі пароксизми називаються вторинно-генералізованими. У випадках раптової втрати свідомості їх визначають як первинно-генералізовані. Суттєвим для встановлення правильного діагнозу є час появи нападу (після пробудження, під час сну, при перегляді телепередач із частими спалахами на екрані тощо).

Хоча тоніко-клонічні напади найбільш помітні, вони складають лише незначну частку всіх проявів епілепсії (23 %). Парціальні напади трапляються в 57 % хворих на епілепсію причому складні парціальні – приблизно в 36 %. При атонічних нападах спостерігається раптова втрата свідомості й падіння хворого. *Міоклонічні* напади проявляються раптовими здриганнями кінцівок з обох сторін. При цьому свідомість може не змінюватись і нерідко трапляються падіння при залученні обох ніг.

Епілептичний статус – термін, що використовується для опису повторних епілептичних нападів без відновлення свідомості між приступами, або поодинокого нападу, який триває понад 30 хвилин. Це невідкладний медичний стан, який являє собою загрозу для життя й може спричинити пошкодження мозку. Потрібно негайно надати медичну допомогу хворому.

Псевдонапади трапляються як у здорових людей, так і у хворих на епілепсію. Напади викликаються усвідомленим чи неусвідомленим бажанням більшої зосередженості уваги. Вони починаються з прискорення дихання, обумовленого розумовою напругою, тривогою чи болем. При частому диханні змінюється хімічний склад крові, що призводить до появи ознак, подібних до епілептичних нападів. Лікування складається із заспокоєння людини та нормалізації дихання, а також обстеження емоційного стану хворого для виявлення чинників псевдонападу. Епілептичні напади й псевдонапади можна розрізнити як за їх чинниками, так і за ознаками. Епілептичні напади обумовлені зміною передачі електричних імпульсів між мозковими клітинами, а тому мають характерні прояви на енцефалограмі як під час нападів, так і в період між ними.

Епілепсія – довготривалий стан, при якому виникають повторні неспровоковані напади. Поодинокі (рідше, ніж один раз на рік) та спровоковані (наркотики, алкоголь) напади не являють собою епі-

лепсію, навіть коли приступ становив судомний напад з утратою свідомості.

Існує багато типів не епілептичних приступів. Вони відрізняються від епілептичних відсутністю патологічної електричної активності та рідкою появою. Найбільш частою причиною їх появи є низький рівень цукру в крові, непритомність, серцеві хвороби, мігрені перекриття кровообігу по судинах, психічний стрес. Залежно від типу нападу він може тривати від декількох секунд до декількох хвилин. Наприклад, тоніко-клонічний напад найчастіше продовжується 1–5 хв, абсанс – до 30 секунд, складний парціальний напад від 30 секунд до 10 хв. Епілептичний статус триває кілька годин і потребує негайної медичної допомоги.

Існує понад 30 типів епілептичних нападів, деякі з них більш серйозні, ніж інші. Тривалі тоніко-клонічні напади, наприклад, більш негативно впливають на фізичний і психічний стан людини, ніж короткі парціальні. Деякі хворі страждають від дуже частих приступів (кожних кілька годин); тоді як інші по декілька місяців і років живуть без нападів. Також деякі напади краще піддаються лікуванню, а інші продовжуються, незважаючи на спроби застосування різних ліків.

Основні чинники та провокуючі фактори епілептичного захворювання

У сучасній медико-психологічній науці прийнято вважати, що не існує єдиного чинника епілепсії. Багато факторів може вражати клітини мозку та шляхи їх сполучення. Майже в 65 % випадків немає ніякого відомого чинника. Серед найбільш частих факторів, що впливають на причини виникнення епілепсії, можна виділити такі:

- пологова травма;
- порушення кровообігу, спричинене ураженням судин мозку, травмою, пухлиною, захворюванням серцево-судинної системи;
- черепно-мозкова травма, що залишає рубець тканини мозку;
- інфекційні захворювання мозку та їх наслідки;
- пухлини головного мозку;
- деякі наркотики, токсичні речовини та медикаменти, коли вони вживаються в надмірно великих дозах;
- хвороби, що змінюють клітинний і хімічний склад крові, та хвороби, що порушують обмін речовин у клітинах мозку. Якщо лі-

кар знаходить один із зазначених чинників, то стан хворого називається симптоматичною епілепсією, у решті випадків – ідіопатичною епілепсією.

Здебільшого епілепсія не успадковується. Інколи успадковується тенденція до епілепсії, але навіть при цьому напади можуть трапитися лише після набутих у процесі життя змін мозку. Малоймовірно, що діти успадкують епілепсію.

У деяких випадках епілептичні напади можуть бути викликані зміною зовнішнього середовища, наприклад спалахами світла, несподіваною зміною темряви на світло й навпаки. Інші люди реагують на голосний шум, монотонні звуки та деяку музику. Для людей з епілепсією важливо знати, які події викликають у них приступи, й уникати їх.

Значне скорочення тривалості сну знижує поріг збудливості клітин мозку та може викликати епілептичний напад. Інші подібно діючі фактори – висока температура тіла, психічний стрес, зміни хімічного складу крові. Низький рівень цукру в крові внаслідок дієти або застосування інсуліну може викликати напади, схожі на епілептичні. Також уживання наркотиків і перевищення доз окремих препаратів може спричинити напад.

Люди з епілепсією повинні регулярно приймати їжу для забезпечення належного живлення мозку. Потрібно обмежити кількість рідини, випитої за добу, а також гостру й солону їжу, які сприяють набряку мозкової тканини. Медичні препарати, харчові добавки можуть взаємодіяти з протиепілептичними засобами, тому слід уживати їх після консультації з вашим лікарем.

Потрібно мати на увазі, що алкоголь спочатку піднімає, а потім знижує поріг збудливості клітин мозку й таким чином підвищує ризик появи епілептичних нападів. Не менш важливим є й те, що він взаємодіє з протиепілептичними препаратами.

Надання першої необхідної допомоги при епілептичних нападах

Відповідна допомога людині з епілептичним нападом залежить від типу нападу.

Тоніко-клонічний напад

Цей тип нападів найбільше лякає присутніх, але важливо зрозуміти, що людина під час такого приступу втрачає свідомість і не

відчуває ніякою болю. Напад триває декілька хвилин, хворий не потребує медичної допомоги.

Варто застосовувати лише такі прості заходи:

1. Зберігати спокій. Ви не можете зупинити напад, якщо він уже почався, і не можете вплинути на його перебіг. Не намагайтеся розбудити хворого (не трясти, не бити по щоках).

2. Обережно покладіть людину на підлогу й послабте одяг (верхні гудзики, краватку).

3. Спробуйте забрати будь-які тверді, гострі чи гарячі предмети, котрі можуть зашкодити людині. Може бути корисним підкладання подушки чи м'якої тканини під голову, утримання голови від удару об щось тверде.

4. Після припинення судом поверніть людину набік так, щоб слиня могла витікати з рота.

5. Не кладіть будь-що в рот людини (дерев'яні, металеві предмети).

6. Після нападу дозвольте людині відпочити або поспати, якщо це необхідно.

7. Після відпочинку більшість людей повертається до звичайного стану. Якщо напад стався не вдома й людина видається ослабленою, приголомшеною – можливо, краще провести її додому.

8. Якщо напад стався в дитини, зв'яжіться з її батьками або опікунами.

9. Якщо в людини сталося декілька нападів і кожний наступний починається раніше, ніж повертається свідомість, або один напад, що триває більше 10 хвилин, то цьому хворому негайно потрібна швидка медична допомога.

Абсанс

Ніяка швидка допомога не потрібна.

Простий парціальний напад

Ніяка швидка допомога не потрібна.

Складний парціальний напад

1. Не стримуйте людину. Захистіть її, забравши гострі чи гарячі предмети.

2. При блуканні або сноходінні перебувайте разом із людиною й розмовляйте з нею спокійно.

Діагностика епілепсії

Клінічна діагностика потребує, щоб лікар знав усі подробиці про напад: коли й після чого він почався, як протікав, скільки тривав, що було після приступу, які зміни поведінки з'явилися.

Вивчення відомостей про сім'ю теж корисне. А енцефалографія може допомогти знайти частину мозку з підвищеною активністю нервових клітин. Часто першим діагностує епілепсію дільничний чи сімейний лікар. Більшість із них мають досвід у веденні таких пацієнтів і спочатку направляють хворих до спеціалістів. Дитячі лікарі теж добре знають про епілепсію, тому що дві третини людей починають хворіти у віці до 14 років. Неврологи проходять спеціальне навчання ведення хворих з ураженням нервової системи. Нейрохірурги, психіатри, психологи теж, за необхідності, залучаються до процесу лікування.

Електроенцефалографія вимірює електричну активність на поверхні мозку. Вона може не виявити змін, якщо патологічна електрична активність виникає в глибині мозку.

У багатьох людей, які не страждають на епілепсію, може виявлятися «епілептиформна» активність на електроенцефалограмі. Однак це не означає що вони мають приступи. Інтерпретація ЕЕГ – складна процедура, і діагноз переважно ґрунтується на клінічних спостереженнях. Для його підтвердження можуть застосовуватися рентгенівська комп'ютерна томографія та магнітно-резонансне сканування.

Напади, які інколи плутають з епілептичними, можуть бути наслідком уживання надмірної кількості алкоголю або утримання від його вживання з боку алкоголіка, а також високої температури тіла, інтоксикації чи зниження рівня цукру крові.

Ознаки епілептичного нападу не завжди помітні для спостерігачів або для людини, у якої має бути приступ. Напад може являти собою напруження м'язів тіла, жування, незвичайну поведінку або лише короткочасну втрату свідомості. Деякі ознаки можуть бути менш явними, наприклад порушення орієнтації чи незвичайні відчуття. Однак менш помітні прояви не означають, що напад має менше значення для здоров'я людини.

Лікування епілепсії

За твердженням більшості спеціалістів, на жаль, не існує відомої панацеї від епілепсії. Медичні препарати дають змогу контролювати напади, але вони не виліковують. Деякі форми епілепсії спостерігаються лише в дитинстві, тоді кажуть, що людина «переростає» напади. Інколи це трапляється з дітьми, а в інших випадках приступи залишаються без змін або підсилюються з часом. Деякі типи епілептичних нападів, наприклад *роландична епілепсія*, завжди зникають, інші, наприклад дитячі абсанси, полегшуються з часом, але відомі й такі, які майже ніколи не проходять, наприклад юнацька *міоклонічна епілепсія*. Медики не можуть стверджувати, залишаться напади в дитини чи ні, але їм відомо, що чим раніше встановлено діагноз, тим краще можна контролювати приступи. В окремих випадках можливе полегшення стану й навіть повне вилікування без помітного чинника.

Епілепсія безпосередньо може призвести до смерті, якщо не проводилося правильне лікування тривалих чи повторних нападів (епілептичного статусу). Однак такі випадки трапляються дуже рідко. Частіше загибель хворих пов'язана із ситуаціями, коли у хворого в потенційно небезпечній ситуації несподівано з'являється напад. Коли лікар установлює діагноз «епілепсія», рекомендується специфічне лікування. Його мета – позбавлення хворого від нападів або зменшення їх кількості й ступеня важкості, що допомагає людині продовжувати здорове життя та виявляти нормальну активність. Існує два головних види лікування – медичні препарати та хірургічне втручання.

Ліки, що використовуються для контролю нападів, називаються антиконвульсантами. Вони попереджують напади шляхом зниження збудливості вражених нервових клітин або запобігання їм електричним розрядом. Вибір ліків залежить від типу нападу, бічних ефектів, віку та стану здоров'я людини. Часто виникає необхідність у тривалому підборі відповідних препаратів, і лише одна з кількох випробуваних сполук може забезпечити контроль нападів. Майже 50 % хворих, котрі приймають препарати, призначені лікарем, повністю позбавляються від нападів, у 30 % помітне значне зменшення їх інтенсивності та частоти й вони можуть, як завжди, жити та

працювати. Решта (20 %), лише піддаються лікуванню або потребують таких високих доз препаратів, що доцільніше погодитися на частковий контроль нападів.

Лікування епілепсії здебільшого медикаментозне. Епілептичні напади негативно впливають на структуру й функції мозку. Тому основна мета лікування – позбавлення хворого приступів. Лікування має бути безперервним і тривалим. Найчастіше рішення про відміну лікування приймається при 5-річній відсутності нападів і патологічних змін на ЕЕГ. Не слід самостійно змінювати дозу препарату, а тим більше припиняти його вживання, оскільки це може вкрай негативно вплинути на стан хворого. Хірургічні методи використовуються рідко, коли не вдається досягнути ефекту застосуванням медикаментів або частка враженої тканини мозку обмежена невеликою ділянкою. Крім лікування, потрібно дотримуватися певної дієти.

Кетогенна дієта – це калорійна дієта з високим умістом жирів і низьким умістом білків та вуглеводів, а також обмеженням рідини. Уживання надлишку жирів викликає стан, відомий як «кетоз». Таке метаболічне зрушення в деяких людей підвищує поріг збудливості мозкових клітин, що зменшує ймовірність епілептичного нападу. Кетогенна дієта найбільш ефективна для дітей. Вона потребує ретельної підготовки та суворого дотримання. Дуже важливий при застосуванні цієї дієти уважний медичний нагляд.

Життя та побут людей, котрі страждають на епілепсію

Хворі на епілепсію живуть звичайним життям. Досвід показує, що в людей з епілепсією, які ведуть нормальне активне життя, напади трапляються рідше. Це означає, що потрібно стимулювати їх повну або часткову зайнятість на роботі.

Як і будь-яке захворювання, епілепсія впливає на стан організму. Тому все, що може покращити самопочуття людини, має позитивний ефект при цьому стані, включаючи дієту, фізичні вправи, відпочинок, уникнення стресу, а також відмову від уживання алкоголю та наркотиків. Серед видів спорту слід надавати перевагу тим, котрі не сприяють травмуванню голови й короткочасному різкому підвищенню артеріального тиску. Рекомендується, щоб людина з

епілепсією перед тим, як збирається плавати, проконсультувалася з лікарем. Забороняється плавання без супроводу. При частих нападах рекомендується навіть під час прийняття ванни залишати двері відчиненими для забезпечення можливості вчасного надання необхідної допомоги.

Не виявлено суттєвого негативного впливу на перебіг епілепсії при застосуванні вакцини проти правцю, сказу, поліомієліту, кору, паротиту, БЦЖ та туберкульозної проби. Щеплення проти дифтерії бажано проводити вакциною зі зменшеною активністю. Слід бути обережними при застосуванні деяких видів вакцини проти коклюшу, тифу, паратифу та холери. При тривалому порушенні травлення внаслідок невгамовного блювання, опіків стравоходу, операцій на шлунково-кишковому тракті й в інших подібних випадках слід звернутися до невролога для тимчасового переходу на ін'єкційні форми протиепілептичних засобів.

Жінки, котрі використовують протиепілептичні препарати, мають бути обережними, коли побажають мати дітей. Існують повідомлення про негативний вплив ліків на плід. У той час, як звичайна частота дефектів новонароджених складає 2–3 %, у жінок з епілепсією, котрі не приймають ліків, вона незначно вище (на 1 %). Жінки, котрі вживають один протиепілептичний препарат, мають ризик близько 6–7 % із незначною залежністю від виду препарату. Комбінації антиконвульсантів значно підвищують ризик. Проблема полягає в тому, що ліки негативно впливають на плід, але потреба в них протягом вагітності залишається. Напади навіть можуть почастішати й нашкодити і дитині, і матері. Лікар може вирішити змінити або зменшити дозу ліків жінки, якщо вона планує завагітніти. У деяких випадках, коли ризик для матері дитини дуже великий, він може рекомендувати тимчасово відмовитися від вагітності. Будь-які зміни в лікуванні треба виконувати дуже обережно, і жінка ніколи не повинна сама коригувати свою терапію. Деякі протиепілептичні препарати (карбамазепін, примідон, фенобарбітал, фенітоїн) можуть призвести до втрати ефекту протизаплідних таблеток.

Завжди проконсультуйтеся із вашим лікарем, якщо ви приймаєте протиепілептичні препарати й плануєте грудне вигодовування малюка. Загалом, кількість антиконвульсантів, що потрапляє в материнське

молоко, дуже незначна й недостатня для того, щоб нашкодити дитині. Незважаючи на прогрес у боротьбі з упередженнями проти епілепсії, деяка дискримінація може бути проблемою для людей, котрі страждають на епілептичні напади. На додаток сім'я та друзі можуть бути надмірно завбачливими або накладати зайві обмеження. Тому люди з епілепсією інколи необґрунтовано втрачають довіру до оточуючих або відчувають себе людьми «другого сорту».

У людей з епілепсією може розвинутися депресія. Деякі тривалі напади, які не піддаються лікуванню, асоціюються з хронічними змінами особистості. Також навіть нетривалі скроневі напади можуть викликати емоціональні коливання або порушення мислення. Людина з нападами повинна оволодіти методиками контролю емоцій. Перший виклик на цьому шляху – сприйняття діагнозу. Інколи спочатку в людей з епілепсією та їхніх сімей спостерігаються шок та заперечення цієї звістки. Нерідко ними оволодіває гнів, збентеженість, депресія. Однак, завдяки правильній інформації й щирій підтримці, люди з епілепсією можуть зрозуміти своє становище та виробити позитивну стратегію життя.

Важливо пам'ятати, що люди з епілепсією можуть жити й живуть повноцінним життям. Якщо відчуття втрати власної гідності стає проблемою, поговоріть про це із сім'єю, вірними друзями або професійними психотерапевтами, які можуть допомогти вам розробити нові шляхи до успіху та зрозуміти сенс життя. Більшість людей з епілепсією здатні виконувати свої професійні обов'язки, деякі винятки з правила – це військова служба, керування транспортом, пожежні команди, тобто місця, де життя інших людей може опинитись у небезпеці, якщо в службовця трапиться напад. При виборі роботи до уваги беруться тип нападу й ступінь його контролю за допомогою медикаментів. Підприємці часто хвилюються, що безпека праці буде скомпроментована, якщо травма викликана нападом на робочому місці. В одному дослідженні показано, що кількість нещасних випадків у хворих на епілепсію нижча, ніж у здорових робітників, оскільки ці люди більш ретельно дотримуються правил техніки безпеки. Підприємець не несе відповідальності, якщо службовець, працюючи на відповідній роботі з необхідними пристосуваннями, отримав травму внаслідок епілептичного нападу.

Підприємець може звільнити людину, котра хворіє на епілепсію, якщо він доведе, що необхідні пристосування, які забезпечують безпеку праці, не можуть бути створені.

Епілепсія, як і більшість хронічних захворювань людини, негативно впливає на якість життя хворих. Та наявність епілептичних нападів не завадила увійти в історію людства таким видатним особистостям, як Юлій Цезар, Петро Перший, Наполеон, Достоевський, Мольєр, Нобель. Це далеко не повний список, тому що більшості людей, які страждають на епілепсію, притаманні такі риси характеру, як наполегливість і цілеспрямованість. Ніколи не здавайтесь і пам'ятайте, що справжній переможець – це той, хто гідно долає труднощі.

РОЗДІЛ V. МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

5.1. Методика ЛОБІ

Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту розроблений із метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших, пов'язаних із нею особистісних відносин у хворих на хронічні соматичні захворювання.

Опитувальник заснований на концептуальній основі «психології відносин». Діагностується сформований під впливом хвороби патерн ставлення до самої хвороби, її лікування, лікарів і медичного персоналу, рідних та близьких, оточуючих, роботи (навчання), самотності й майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит).

За допомогою ЛОБІ можуть бути діагностовані такі типи відносин (А. Е. Лічко, Н. Я. Іванов, 1980):

1. Гармонійний (Г). Твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість та без бачення всього в темних тонах, але й без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно співдіяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших піклуванням про себе. У випадку неблагополучного прогнозу в розумінні інвалідизації – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються досяжні хворому: зосереджуються на уважності, піклуванні, інтересах і долі близьких, своєї справи.

2. Тривожний (Т). Безперервний неспокій стосовно неблагополучного протікання хвороби, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жадоба додаткової інформації про хворобу, методи лікування, неперервний пошук «авторитетів». На відміну від іпохондрії, більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результат аналізів, висновки спеціалістів), ніж власні відчуття. Тому надають перевагу слуханню висловлювань інших, ніж бажанню без кінця скаржитися. Настрої – тривожний, виникає пригніченість унаслідок цієї тривожності.

3. Іпохондричний (І). Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно роз-

повідати про них оточуючим. На їх основі – перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Переплетення бажання лікуватися та невіра в успіх, вимога детального обстеження й боязнь шкоди й болючості клінічних процедур.

4. Меланхолійний (М). Невіра у вилікування, у можливість покращення, у позитивний ефект лікування. Активні депресійні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все довкола. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

5. Апатичний (А). Повна байдужість до своєї долі, до висновку хвороби, до результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам та лікуванню при наполегливому стимулюванні зі сторони. Утрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. Неврастенічний (Н). Поведінка за типом «дратівливої слабкості». Спалахи подразнення, особливо при болях, під час неприємних відчуттів, при невдачах лікування, несприятливих результатах дослідження. Роздратування нерідко виливається на першу зустрічну людину й завершується слізьми. Нетерпимість, нездатність чекати полегшення. У подальшому – розкаяння за нестриманість.

7. Обсесивно-фобічний (О). Тривожність, передусім, торкається не реальних, а маловірогідних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих, але малообґрунтованих невдач у житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають забони та ритуали.

8. Сенситивний (С). Надмірне піклування про можливі несприятливі враження, які можуть надати оточуючим свідчення про свою хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть унікати, вважати неповноцінним, із побоюванням ставиться, розпускати плітки або несприятливе свідчення про причину та природу хвороби. Боязкість стати тягарем для близьких через хворобу та несприятливе ставлення зі сторони у зв'язку з цим.

9. Егоцентричний (Я). «Занурення у хворобу». Виставлення на показ близьким і родичам своїх страждань та переживань із метою

повністю оволодіти їхнього увагою. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість у ставленні до хвороби.

10. Ейфоричний (Ф). Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко – награний. Зневажливе легкодумне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що «саме все пройде». Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча вони можуть несприятливо вплинути на протікання хвороби.

11. Анозогностичний (З). Активне відкидання думок про хворобу, про її можливі наслідки. Заперечення реального в проявах хвороби, приписування її випадковим обставинам. Відмова від обстеження та лікування. Бажання «перебитися своїми засобами».

12. Ергопатичний (Р). «Відхід від хвороби та занурення в роботу». Навіть при тяжкості хвороби й стражданнях прагнуть за будь-яку ціну продовжувати роботу. Працюють із ще більшим нахненням, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, стараються лікуватися так, щоб це залишало можливість для продовження роботи.

13. Паранояльний (П). Упевненість, що хвороба – результат чийогось злого задуму. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків злому задуму лікарів і медичного персоналу. Звинувачує та вимагає покарання у зв'язку з цим.

Система відносин, пов'язаних із хворобою, може не вкладатися в один з описаних типів. Тут може йтися про змішані типи, особливо близькі за картиною (тривожно-обсесивний, ейфорично-анозогностичний, сенситивно-ергопатичний та ін.). Але система стосунків ще може не скластися в єдиний патерн – тоді жоден із перерахованих типів не може бути діагностований і риси багатьох чи всіх типів бувають виявлені більш-менш рівномірно.

Техніка дослідження та розкодування результатів. Хворому дають буклет із текстом опитувальника й реєстраційним листом. Пояснюється, що на кожну тему можна зробити від одного до трьох виборів (не більше!) та номери зроблених виборів обвести кружечком. Якщо жодне із визначень не підходить, обводиться символ 0. Якщо хворий не бажає відповідати саме на цю тему,

графу залишається незаповненою. Однак число нуликів і незаповнених граф у сумі не повинно переважати трьох. Час заповнення реєстраційного бланка не обмежений. Але консультиватися з іншими не дозволяється. Розкодування зручно здійснювати з допомогою графіка (див. нижче), де по абсцисі позначено символи типів, а по ординаті відкладено хрестиками бали на користь кожного з типів.

**Приклад графіка розкодування результатів дослідження
з допомогою ЛОБІ**

10													
9													
8												X	
7												X	
6												X	
5												X	
4	X											X	
3	X						X	X				X	
2	X	X	X			X	X	X				X	
1	X	X	X			X	X	X				X	
	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П

Кожен буквенний символ у графі «Бали для розкодування» відповідає 1 балу на користь відповідного типу: Г – гармонійного, Т – тривожного і т. д. Два та більше – символи за один вибір, наприклад ТН, ЗФ, означають, що по одному балові нараховується за кожний із цих типів.

Подвоєнні символи, наприклад ТТЛ, РР, означають, що на користь цього типу нараховується по два бали. Після побудови графіка діагностика типу здійснюється згідно із такими правилами:

1. Діагностуватися можуть лише типи, стосовно яких набрано таку кількість балів, що досягається або перевищує мінімально діа-

гностичне число для цього типу. Мінімальне діагностичне число для різних типів різне:

Тип ставлення Г Т І М А Н О С Я Ф З Р П

Мінімальне діагностичне число 7 4 3 3 3 3 4 3 3 5 5 6 3

2. Якщо мінімальне діагностичне число досягнуте або перевищене стосовно кількох типів, діагностуються 2–3 типи, де перевищення найбільш велике. Якщо цього зробити не вдається, то жоден тип не діагностується.

3. Гармонійний тип діагностується, якщо згідно з правилами 1 і 2 не діагностується другий тип. У переплетенні гармонійний тип не діагностується.

На наведеному графіку на користь ергопатичного типу (Р) набрано 8 балів, тобто мінімальне діагностичне число перевищує 2 бали. На користь сенситивного типу набрано 3 бали, тобто мінімальне діагностичне число лише досягнуто. Стосовно всіх інших типів (Т, О, І, Н) мінімальне число не досягнуто. Отже, діагностується змішаний тип.

Стимульний матеріал психологічного дослідження

Інструкція. Перед вами текст опитувальника із запропонованими виборами за 12 розділами. Вам потрібно вибрати з кожного розділу не більше трьох стверджень, які відображають вашу думку. Якщо жодне з визначень не підходить вам, відзначте останній вибір «О». Номери вибраних відповідей занесіть у нижчеподаний бланк.

САМОПОЧУТТЯ

1. Із тих пір, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди почуваюся бадьорим і сповненим сил.
3. Погане самопочуття я намагаюся пересилити.
4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.
5. У мене майже завжди щось болить.
6. Погане самопочуття виникає в мене після прикрощів.
7. Погане самопочуття виникає в мене від очікування неприємностей.

8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання.
9. Моє самопочуття цілком задовільне.
10. Із тих пір, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами роздратованості й почуттям пригнічення.
11. Моє самопочуття залежить від того, як ставляться до мене оточуючі.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

НАСТРІЙ

1. Зазвичай, настрій у мене дуже поганий.
2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і роздратованим.
3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, хвилювання за близьких, невпевненості в майбутньому.
4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися смутку й печалі.
5. Через хворобу в мене майже завжди поганий настрій.
6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.
7. У мене з'явився цілковито байдужий настрій.
8. У мене бувають напади роздратованості, під час яких перепадає оточуючим.
9. У мене не буває туги й смутку, але можуть бути озлобленість і гнів.
10. Найменші неприємності мене дуже непокоять.
11. Через хворобу в мене завжди тривожний настрій.
12. Мій настрій зазвичай такий самий, як у людей, які мене оточують.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СОН ТА ПРОБУДЖЕННЯ ВІД СНУ

1. Прокинувшись, я одразу ж примушую себе встати.
2. Ранок для мене – найважча пора доби.
3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути.
4. Я погано сплю вночі й почуваю сонливість удень.
5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко.
6. Уранці я більш активний і мені легше працювати, ніж увечері.
7. У мене поганий і неспокійний сон та часто бувають гнітючі сновидіння.

8. Безсоння в мене наступає періодично без особливих причин.
9. Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати в певний час.
10. Уранці я встаю бадьорим та енергійним.
11. . Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні мушу зробити.
12. Ночами в мене бувають напади страху.
13. Уранці я відчуваю повну байдужість до всього.
14. . Я можу вільно регулювати свій сон.
15. Уночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу.
16. Уві сні мені бачаться різні хвороби.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

АПЕТИТ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЇЖИ

1. Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях.
2. У мене добрий апетит.
3. У мене поганий апетит.
4. Я люблю смачно наїстися.
5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.
6. Мені легко можна зіпсувати апетит.
7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди перевіряю її свіжість та доброякісність.
8. Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримки здоров'я.
9. Я стараюся дотримуватися дієти, яку сам розробив.
10. Їжа не приносить мені ніякого задоволення.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.
3. Намагаюся не думати про свою хворобу й жити безтурботним життям.
4. Моя хвороба найбільше пригнічує мене тим, що люди почали відсторонюватися від мене.
5. Постійно думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.

6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого доброго мене не чекає.

7. Вважаю, що моя хвороба запущена через неухважність та невміння лікарів.

8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.

9. Стараюся пересилити хворобу, працювати, як і раніше, і навіть ще більше.

10. Я почуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.

11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують.

12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як в інших, і тому потребує особливої уваги.

13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним.

14. Я знаю, хто винен у моїй хворобі, і не вибачу цього ніколи.

15. Я докладаю всіх зусиль, аби не піддаватися хворобі.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ

1. Унікаю будь-якого лікування – в надії, що організм сам пересилить хворобу, якщо про неї менше думати.

2. Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані з майбутнім лікуванням.

3. Я був би готовий до найважчого чи навіть небезпечного лікування, тільки б позбавитися хвороби.

4. Я не вірю в успіх лікування й вважаю його даремним.

5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, постійно розчаровуюся в них.

6. Вважаю, що мені приписують багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на марну операцію.

7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безперервні думки про ускладнення та безпеку, пов'язані з ними.

8. Від лікування мені стає тільки гірше.

9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів.

10. Вважаю, що серед прийнятих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.

11. Вважаю, що мене лікують неправильно.
12. . Я жодного лікування не потребую.
13. Мені набридло постійне лікування, хочу лише, щоб мені дали спокій.
14. . Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.
15. Мене дратує й озлоблює, коли лікування не дає полегшення.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ЛІКАРІВ ТА МЕДПЕРСОНАЛУ

1. Головним для кожного медичного працівника я вважаю уважність до хворого.
2. Я хотів би лікуватись у найбільш відомого лікаря.
3. Вважаю, що захворів, найімовірніше, із вини лікарів.
4. Вважаю, що лікарі мало що тямлять у моїй хворобі й лише роблять вигляд, що лікують.
5. Мені все одно, хто і як мене лікує.
6. Я часто непокоюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.
7. Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь.
8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в успіхові лікування.
9. Із великою повагою я ставлюся до професії медика.
10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неухважні й несумлінно виконують свої обов'язки.
11. Я буваю нестерпним і дратівливим із лікарями та персоналом, а потім шкодую про це.
12. . Я здоровий і допомоги лікарів не потребую.
13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО РІДНИХ ТА БЛИЗЬКИХ

1. Я настільки занурений у думки про свою хворобу, що справи близьких перестали мене хвилювати.
2. Я намагаюся рідним та близьким не показувати, який я хворий, щоб не псувати їм настрій.

3. Близькі надаремно хочуть зробити з мене важкохворого.
4. Мене пригнічують думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.
5. Мої рідні не хочуть зрозуміти, наскільки важка моя хвороба, та не співчують моїм стражданням.
6. Близькі не рахуються з моєю хворобою й хочуть жити у своє задоволення.
7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими.
8. Через хворобу втратив усякий інтерес до справ і турбот близьких та рідних.
9. Через хворобу я став тягарем для рідних.
10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликають у мене неприязнь.
11. . Я вважаю, що захворів через моїх рідних.
12. Я намагаюся створювати якнайменше незручностей для близьких через мою хворобу.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО РОБОТИ (НАВЧАННЯ)

1. Хвороба робить мене непридатним до роботи (нездатним до навчання).
2. Я боюся, що через хворобу втрачу добру роботу (доведеться піти з хорошого навчального закладу).
3. Моя робота (навчання) стала мені зовсім байдужою.
4. Через хворобу мені не до роботи (не до навчання).
5. Постійно турбуюся, що через хворобу можу припуститися помилок у роботі (не справитись із навчанням).
6. Вважаю, що хвороба виникла через ту шкоду, яку спричинила робота (навчання) моєму здоров'ю.
7. На роботі (де навчаюсь) зовсім не рахуються з моєю хворобою й навіть чіпляються до мене.
8. Не вважаю, що хвороба може завадити моїй роботі (навчанню).
9. Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) якнайменше знали й говорили про мою хворобу.
10. Я вважаю, що, незважаючи на хворобу, варто продовжувати роботу (навчання).

11. Хвороба зробила мене на роботі (на навчанні) непосидючим та нетерплячим.

12. На роботі (у навчанні) я прагну забути про свою хворобу.

13. Усі дивуються й захоплюються тим, що я успішно працюю (навчаюся), незважаючи на хворобу.

14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ОТОЧУЮЧИХ

1. Мені тепер все одно, хто мене оточує й хто біля мене.

2. Мені хочеться лише, щоб оточуючі залишили мене в спокої.

3. Коли я захворів, усі про мене забули.

4. Здоровий вигляд та життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування.

5. Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби.

6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться.

7. Мені б хотілося, щоб оточуючі пізнали на собі, як це важко – хворіти.

8. Мені здається, що оточуючі стороняться мене через мою хворобу.

9. Оточуючі не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.

10. Моя хвороба й те, як я її переносу, дивують та вражають оточуючих.

11. З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу.

12. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не вибачу.

13. Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб.

14. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати й навіть дратувати.

15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО САМОТНОСТІ

1. Надаю перевагу самотності, тому що мені одному стає легше.

2. Я відчуваю, що хворобою приречений на повну самотність.

3. На самоті я намагаюся знайти якусь цікаву та важливу роботу.
4. На самоті мене турбують нерадісні думки про хворобу, ускладнення, можливі страждання.
5. Часто, залишившись наодинці, я швидше заспокоююся: люди мене почали занадто дратувати.
6. Соромлячись хвороби, я прагну уникати людей, а на самоті сумую за людьми.
7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.
8. Мені стало байдуже: чи бути серед людей, чи лишатися на самотності.
9. Бажання побути самому залежить у мене від обставин та настрою.
10. Я боюся залишатися на самоті через небезпеку, пов'язану з хворобою.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО

1. Хвороба робить моє майбутнє печальним та сумним.
2. Моє здоров'я не дає поки що жодних підстав хвилюватися за майбутнє.
3. Я завжди надіюся на щасливе майбутнє, навіть у ситуаціях відчаю.
4. Не вважаю, що хвороба може суттєво відбитися на моєму майбутньому.
5. Акуратним лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я на майбутнє.
6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні).
7. Мені стало байдуже, що трапиться зі мною в майбутньому.
8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.
9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів.
10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга й дратівливість на інших людей.
11. Через хвороби я дуже тривожуся за своє майбутнє.
0. Жодне з визначень мені не підходить

Процедура обробки результатів: за кожен збіг вибраної відповіді з нормативною (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічено кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

Нормативний трафарет

Самопочуття

1. Т.
2. З
3. Г
4. ПП
5. І
6. Н
7. Т
- 8.
- 9.
10. ТН
0. –

Настрій

1. Ф.
2. ННТЯ
3. ООС
4. Г
5. ІЯ
6. ТН
7. А
- 8.
- 9.
10. П.
- 11.
- 12.
- 13.
- 0.

Сон та пробудження від сну

- 1.
2. ТНО
3. А
- 4.
5. 6
6. 7
7. 8
8. 9
9. 10
10. СС
11. О
12. –

Апетит та ставлення до їжі

1. С
2. ФП
3. І
- 4.
5. З
- 6.
7. І
8. Р
9. І
- 10.
- 0

13.О

14.–

15. –

0. –

Ставлення до хвороби

1. Т

2. АА

3. ФФ

4. С

5. ОО

6. І

7. П

8. З

9. РР

10. І

11. З

12. ЯЯ

13. НН

14. П

15. Г

0.

Ставлення до лікування

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10. П

11. П

12.

13.

14. Г

15.

0. ЗФР

***Ставлення до лікарів
і мед. персоналу***

1. Г

2. І

3. П

4. –

5. –

6. –

7. –

8. Я

9. Г

10. НП

11. –

12. –

***Ставлення до рідних
та близьких***

1.

2. СР

3.

4.

5. І

6.

7. Я

8.

9.

10.

11.

12. ГРР

13. –
0.

0.

Ставлення до роботи

1. А
2. –
3. –
4. –
5. С
6. –
7. О
8. Ф
9. Р
10. РР
11. –
12. –
13. –
14. –
0. –

***Ставлення
до оточуючих (навчання)***

1.
2.
3.
4.
5.
6. 33
7. –
8. –
9. Я
10. –
11. –
12. –
13. –
14. І
15. Г
0. –

***Ставлення
до самотності***

1. АС
2. –
3. –
4. –
5. НЯ
6. –
7. –
8. –
9. ГФ
10. СЯ
0. –

***Ставлення
до майбутнього***

1. АА
2. ЗФ
3. –
4. 33
5. ГТ
6. –
7. А
8. ІСЯЯ
9. П
10. –
11. –
0. –

5.2. Опитувальник FPI (*Freiburger Personlichkeit Inyentar*) (Форма В)

Цей тест створений у Психологічному інституті Фрайбурзького університету в місті Брейсгау в 1963 р. для діагностики важливих властивостей структури особистості.

Первинну апробацію проводили на студентських групах. Важливо відзначити, що цей опитувальник створено переважно для прикладних досліджень з урахуванням досвіду побудови й застосування таких широковідомих опитувальників, як «16 PF», «ММРІ», «ЕРІ» та ін.

Опитувальник складається з дев'яти основних шкал, які виявляють:

1) невротичність; 2) спонтанну агресивність; 3) депресивність; 4) дратівливість; 5) комунікативність; 6) врівноваженість; 7) реактивну агресивність; 8) сором'язливість; 9) відкритість. А також трьох додаткових: 10) екстраверсія-інтраверсія; 11) емоційна лабільність; 12) маскуліність-фемінність.

I. Шкала невротичності характеризує рівень невротизації особистості. Високі оцінки відповідають яскраво вираженому невротичному синдрому переважно астеничного типу з можливими значними психосоматичними порушеннями.

II. Шкала спонтанної агресії дає змогу виявити й оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі оцінки свідчать про можливий підвищений рівень психопатизації, що створює умови для імпульсивної поведінки з оточуючими.

III. Шкала депресивності дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатичного депресивного синдрому. Високі оцінки за цією шкалою відповідають наявності цих ознак в емоційному прояві, у поведінці та ставленні як до самого себе, так і до навколишнього соціального середовища, зокрема до батьків, учителів та ровесників.

IV. Шкала дратівливості дає змогу діагностувати емоційну стійкість особистості школяра. Високі оцінки за цією шкалою свідчать про нестійкий емоційний стан із високою мірою схильності до афективного реагування на навколишнє соціальне середовище.

V. Шкала комунікативності характеризує як потенційні можливості самого суб'єкта, так і реальні прояви його соціальної активності. Високі оцінки дають змогу стверджувати про наявність яскраво вираженої потреби в спілкуванні з оточуючими й постійній готовності до задоволення цієї потреби з боку самого суб'єкта.

VI. Шкала врівноваженості відображає стійкість до стресових та психотравмуючих ситуацій. Високі оцінки свідчать про хорошу психологічну захищеність від впливу стрес-факторів у звичайних життєвих ситуаціях, які ґрунтуються на впевненості в собі, оптимізмі й психічній активності.

VII. Шкала реактивної агресії має за мету визначити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки свідчать про завищений рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до оточення і яскраво вираженим прагненням до домінування над іншими.

VIII. Шкала сором'язливості виявляє схильність до стресового реагування на повсякденні життєві ситуації, що протікають за пасивно-оборонним (захисним) типом. Високі оцінки за шкалою виявляють наявність завищеної тривожності, скованості, невпевненості в собі, наслідком чого є наявність психологічних проблем у соціальних контактах з оточуючими.

IX. Шкала відвертості дає змогу характеризувати ставлення до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про довірливо-відверту взаємодію з навколишніми людьми при високому рівні самокритичності. Оцінки за цією шкалою можуть тією або іншою мірою сприяти самоаналізу відвертості відповідей піддослідного під час роботи з цим опитувальником, що відповідає шкалам правдивості інших опитувальників аналогічного типу.

X. Шкала екстраверсії-інтроверсії виявляє високі або низькі оцінки за показниками, які відповідають вираженій екстравертованості особистості (у випадку наявних високих балів) або інтравертованості (у випадку наявності низьких балів).

XI. Шкала емоційної лабільності за високими оцінками вказує на нестійкий емоційний стан, що проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не тільки ви-

соку стабільність емоційного стану як такого, а й уміння володіти собою як у звичайних, так і в екстремальних ситуаціях.

XII. Шкала маскулінності-фемінності за високими оцінками вказує на наявність протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі – за жіночим типом як у представників чоловічої, так і жіночої статі.

Дослідження може проводитися як індивідуально, так і з групою. Респондентам дається інструкція: Вам пропонується низка тверджень, які можуть певною мірою відображати особливості вашої поведінки, окремі вчинки, ставлення до інших людей, погляди на життя тощо. Якщо ви вважаєте, що така відповідність має місце, то дайте відповідь «Так», а в протилежному випадку – «Ні». На першому етапі відбувається процедура отримання первинних, або «сирих», балів. Це досягається через зіставлення варіантів відповідей анкети з ключем. На другому етапі процедура пов'язана з переводом «сирих» балів у стандартні оцінки за 9-бальною шкалою за допомогою таблиці №1.

*А н к е т а**

1. Я внимательно прочел инструкцию и готов откровенно ответить на все вопросы анкеты.
2. По вечерам я предпочитаю развлекаться в веселой компании (гости, дискотека, кафе и т. д.).
3. Моему желанию познакомиться с кем-либо всегда мешает то, что мне трудно найти подходящую тему для разговора.
4. У меня часто болит голова.
5. Иногда я ощущаю стук в висках и пульсацию в области шеи.
6. Я быстро теряю самообладание, но и также быстро беру себя в руки.
7. Бывает, что я смеюсь над неприличным анекдотом.
8. Я избегаю о чём-либо расспрашивать и предпочитаю узнавать то, что мне нужно, другим путём.
9. Я предпочитаю не входить в комнату, если не уверен, что моё появление пройдёт незамеченным.

*Практикум по общей и экспериментальной психологии / под ред. А. А. Кролова. – Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1987. – 255 с.

10. Могу так вспылить, что готов разбить всё, что попадёт под руку.
11. Чувствую себя неловко, если окружающие почему-то начинают обращать на меня внимание.
12. Я иногда чувствую, что сердце начинает работать с перебойми или начинает биться так, что кажется, готово выскочить из груди.
13. Не думаю, что можно было бы простить обиду.
14. Не считаю, что на зло надо отвечать злом, и всегда слеую этому.
15. Если я сидел, а потом резко встал, то у меня темнеет в глазах и кружится голова.
16. Я почти ежедневно думаю о том, насколько лучше была бы моя жизнь, если бы меня не преследовали неудачи.
17. В своих поступках я никогда не исхожу из того, что людям можно полностью доверять.
18. Могу прибегнуть к физической силе, если требуется отстоять свои интересы.
19. Легко могу развеселить самую скучную компанию.
20. Я легко смущаюсь.
21. Меня ничуть не обижает, если делаются замечания относительно моей работы или меня лично.
22. Нередко чувствую, как у меня холодеют руки и ноги.
23. Бываю неловким в общении с другими людьми.
24. Иногда без видимой причины чувствую себя подавленным, несчастным.
25. Иногда нет никакого желания чем-либо заняться.
26. Порой я чувствую, что мне не хватает воздуха, будто я выполнял очень тяжелую работу.
27. Мне кажется, что в своей жизни я очень многое делал неправильно.
28. Мне кажется, что другие нередко смеются надо мной.
29. Люблю такие задания, когда можно действовать без долгих размышлений.
30. Я считаю, что у меня предостаточно оснований быть не очень-то довольным своей судьбой.
31. Часто у меня нет аппетита.
32. В детстве я радовался, если родители или учителя наказывали других детей.

33. Обычно я решителен и действую быстро.
34. . Я не всегда говорю правду.
35. С интересом наблюдаю, когда кто-то пытается выпутаться из неприятной истории.
36. Считаю, что все средства хороши, если надо настоять на своём.
37. То, что прошло, меня мало волнует.
38. Не могу представить ничего такого, что стоило бы доказывать кулаками.
39. Я не избегаю встреч с людьми, которые, как мне кажется, ищут ссоры со мной.
40. Иногда кажется, что я вообще ни на что не годен.
41. Мне кажется, что я постоянно нахожусь в каком-то напряжении и мне трудно расслабиться.
42. Нередко у меня возникают боли «под ложечкой» и неприятные ощущения в животе.
43. Если обидят моего друга, я стараюсь отомстить обидчику.
44. Бывало, я опаздывал к назначенному времени.
45. В моей жизни было так, что я почему-то позволил себе мучить животное.
46. При встрече со старым знакомым от радости я готов броситься ему на шею.
47. Когда я чего-то боюсь, у меня пересыхает во рту, дрожат руки и ноги.
48. Частенько у меня бывает такое настроение, что с удовольствием бы ничего не видел и не слышал.
49. Когда ложусь спать, то обычно засыпаю уже через несколько минут.
50. Мне доставляет удовольствие, как говорится, ткнуть носом других в их ошибки.
51. Иногда могу похвастаться.
52. Активно участвую в организации общественных мероприятий.
53. Нередко бывает так, что приходится смотреть в другую сторону, чтобы избежать нежелательной встречи.
54. . В свое оправдание я иногда кое-что выдумывал.
55. . Я почти всегда подвижен и активен.

56. Нередко сомневаюсь, действительно ли интересно моим собеседникам то, что я говорю.

57. Иногда вдруг чувствую, что весь покрываюсь потом.

58. Если сильно разозлюсь на кого-то, то могу его и ударить.

59. Меня мало волнует, что кто-то плохо ко мне относится.

60. Обычно мне трудно возражать моим знакомым.

61. Я волнуюсь и переживаю даже при мысли о возможной неудаче.

62. . Я люблю не всех своих знакомых.

63. У меня бывают мысли, которых следовало бы стыдиться.

64. Не знаю почему, но иногда появляется желание испортить то, чем все восхищаются.

65. Я предпочитаю заставить любого человека сделать то, что мне нужно, чем просить его об этом.

66. . Я нередко беспокойно двигаю рукой или ногой.

67. предпочитаю провести свободный вечер, занимаясь любимым делом, а не развлекаясь в веселой компании.

68. . В компании я веду себя не так как дома.

69. Иногда, не подумав, скажу такое, о чём лучше бы помолчать.

70. Боюсь стать центром внимания даже в знакомой компании.

71. Хороших знакомых у меня очень немного.

72. Иногда бывают такие периоды, когда яркий свет, яркие краски, сильный шум вызывают у меня болезненно-неприятные ощущения, хотя я вижу, что на других людей это так не действует.

73. В компании у меня нередко возникает желание кого-нибудь обидеть или разозлить.

74. Иногда думаю, что лучше бы не родиться на свет, как только представлю себе, сколько всяких неприятностей возможно придется испытать в жизни.

75. Если кто-то меня серьезно обидит, то получит своё сполна.

76. . Я не стесняюсь в выражениях, если меня выведут из себя.

77. Мне нравится так задать вопрос или так ответить, чтобы собеседник растерялся.

78. Бывало откладывал то, что требовалось сделать немедленно.

79. Не люблю рассказывать анекдоты или забавные истории.

80. Повседневные трудности и заботы часто выводят меня из равновесия.

81. Не знаю, куда деться при встрече с человеком, который был в компании, где я вёл себя неловко.

82. . К сожалению, отношусь к людям, которые бурно реагируют даже на жизненные мелочи.
83. . Я робею при выступлении перед большой аудиторией.
84. . У меня довольно часто меняется настроение.
85. Я устаю быстрее, чем большинство окружающих меня людей.
86. Если я чем-то сильно взволнован или раздражён, то чувствую это как бы всем телом.
87. Мне докучают неприятные мысли, которые назойливо лезут в голову.
88. К сожалению, меня не понимают ни в семье, ни в кругу моих знакомых.
89. Если сегодня посплю меньше обычного, то завтра не буду чувствовать себя отдохнувшим.
90. Стараюсь вести себя так, чтобы окружающие опасались вызвать моё неудовольствие.
91. . Я уверен в своём будущем.
92. Иногда я оказывался причиной плохого настроения кого-нибудь из окружающих.
93. . Я не прочь посмеяться над другими.
94. Я отношусь к людям, «которые за словом в карман не лезут».
95. Я принадлежу к людям, которые ко всему относятся достаточно легко.
96. Подростком я проявлял интерес к запретным темам.
97. Иногда зачем-то причинял боль любимым людям.
98. У меня нередко конфликты с окружающими из-за их упрямства.
99. Часто испытываю угрызение совести в связи со своими поступками.
100. нередко бываю рассеянным.
101. Не помню, чтобы меня особенно опечалили неудачи человека, которого я не могу терпеть.
102. Часто я слишком быстро начинаю досадовать на других.
103. Иногда неожиданно для себя начинаю уверенно говорить о таких вещах, в которых на самом деле мало что смыслю.
104. Часто у меня такое настроение, что я готов взорваться по любому поводу.
105. Нередко чувствую себя вялым и усталым.
106. Я люблю беседовать с людьми и всегда готов побеседовать и со знакомыми и с незнакомыми.

107. К сожалению, я зачастую слишком поспешно оцениваю других людей.

108. Утром я обычно встаю в хорошем настроении и нередко начинаю насвистывать или напевать.

109. Не чувствую себя уверенно в решении важных вопросов даже после длительных размышлений.

110. Получается так, что в споре я почему-то стараюсь говорить громче своего оппонента.

111. Разочарования не вызывают у меня сколь-либо сильных и длительных переживаний.

112. Бывает, что вдруг начинаю кусать губы или грызть ногти.

113. Наиболее счастливым я чувствую себя тогда, когда бываю один.

114. Иногда одолевает такая скука, что хочется, чтобы все перессорились друг с другом.

КЛЮЧИ

Номер шкали	Назва шкали та кількість запитань	Відповіді за номерами запитань	
		так	ні
I	Невротичність 17	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41, 42, 57, 66, 72, 85, 86, 89, 105	49
II	Спонтанна агресивність 13	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 99, 103, 112, 114	99
III	Депресивність 14	16, 24, 27, 28, 30, 40, 48, 56, 61, 74, 84, 87, 88, 100	–
IV	Дратівливість 11	6, 10, 58, 69, 76, 80, 82, 102, 104, 107, 110	–
V	Комунікативність 15	2, 19, 46, 52, 55, 94, 106	3, 8, 23, 53, 67, 71, 79, 113
VI	Врівноваженість 10	14, 21, 29, 37, 38, 59, 91, 95, 108, 111	–
VII	Реактивна агресивність 10	13, 17, 18, 36, 39, 43, 65, 75, 90, 98	–

VIII	Сором'язливість 10	9, 11, 20, 47, 60, 70, 81, 83, 109	33
IX	Відкритість 13	7, 25, 34, 44, 51, 54, 62, 63, 68, 78, 92, 96, 101	–
X	Екстраверсія- інтроверсія 12	2, 29, 46, 51, 55, 76, 93, 95, 106, 110	20, 87
XI	Емоційна лабільність 14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 85, 87, 88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулінність- фемінність 15	18, 29, 33, 50, 52, 58, 59, 65, 91, 104	16, 20, 31, 47, 84

Таблиця 1

ПЕРЕВЕДЕННЯ СИРИХ БАЛІВ У СТАНДАРТНІ

Сирі бали	Стандартні бали за шкалами											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X	XI	XII
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	2	1
2	4	3	4	4	1	2	4	5	1	1	3	1
3	4	4	4	5	1	3	5	6	2	2	4	1
4	5	5	5	6	2	4	6	6	3	3	4	1
5	5	5	6	7	2	5	7	7	3	4	5	2
6	6	7	6	7	3	6	8	7	4	4	6	3
7	7	8	7	8	3	7	8	8	5	5	7	4
8	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
9	8	8	8	9	5	9	9	9	6	7	8	6
10	8	9	8	9	5	9	9	9	8	8	8	8
11	8	9	8	9	6				8	9	8	8
12	8	9	9		7				9	9	9	9
13	9	9	9		8				9		9	9
14	9		9		9						9	9
15	9											9
16	9											
17	9											

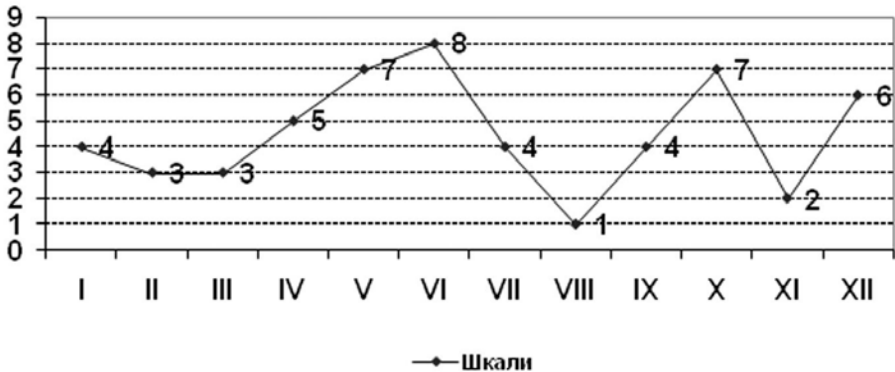
Аналіз отриманих результатів. При позитивній відповіді на перше запитання підраховуються спочатку «сирі», а після цього – стандартні бали. Слід особливу увагу звернути на шкалу IX, яка має велике значення для загальної характеристики достовірності відповідей.

До **низьких** стандартних балів належать оцінки в діапазоні 1–3 бали.

До **середніх** стандартних балів належать оцінки 4–6 балів.

До **високих** стандартних балів відносять оцінки в діапазоні 7–9 балів.

Профіль особистості



5.3. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюссона

Інструкція. Вам пропонується низка тверджень. Прочитайте поспільно кожне з них та оцініть із погляду частоти їх прояву у вашому житті за допомогою чотирьох варіантів відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Вибраний варіант відзначте знаком «+».

ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Підраховується сума всіх варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» множиться на три, «іноді» – на два, «рідко» – на один, «ніколи» – на 0. Отримані результати додаються.

Максимально можливий показник самотності – 60 балів.

Низький ступінь самотності – 0–20 балів.

Середній ступінь самотності – 20–40 балів.

Високий ступінь самотності – 40–60 балів.

ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА

ТВЕРДЖЕННЯ	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи
1. Я нещасливий, якщо займаюся стількома речами наодинці.				
1. Мені ні з ким порозмовляти.				
2. Для мене не під силу бути таким самотнім.				
3. Мені бракує спілкування.				
4. Я відчуваю, ніби ніхто дійсно не розуміє мене.				
5. Я перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені.				
6. Не існує нікого, до кого я міг би звернутися.				
7. Я зараз більше ні з ким не зближений.				
8. Ті, хто мене оточує, не розділяють мої інтереси та ідеї.				
9. Я відчуваю себе покинутим.				
10. Я не здатний розкріпоститися та спілкуватись із тими, хто мене оточує.				
11. Я відчуваю себе повністю самотнім.				
12. Мої соціальні стосунки та зв'язки поверхневі.				

13. Я вмираю за компанією.				
14. Насправді ніхто не знає мене як слід.				
15. Я почуваю себе ізольованим від інших.				
16. Я нещасний, будучи таким відторгнутим.				
17. Мені важко знайти нових друзів.				
18. Я почуваю себе обділеним та ізольованим від інших.				
19. Люди навколо мене, а не зі мною.				

5.4. Методика виявлення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге

Намагайтеся згадати всі події, які сталися із вами протягом останнього року, і підрахуйте загальну суму балів.

№ з / п	Життєві події	Бали
1	Смерть жінки (чоловіка)	100
2	Розлучення	73
3	Розлука партнерів (без оформлення розлучення), розрив із партнером	65
4	Заточення в тюрму	63
5	Смерть близького члена сім'ї	63
6	Травма або хвороба	53
7	Весілля, шлюб	50
8	Звільнення з роботи	47
9	Примирення партнерів	45
10	Вихід на пенсію	45
11	Переміни в стані здоров'я членів сім'ї	44
12	Вагітність партнерші	40

13	Сексуальні проблеми	39
14	Поява нового члена сім'ї, народження дитини	39
15	Реорганізація на роботі	39
16	Зміни фінансового становища	38
17	Смерть близького товариша	37
18	Зміни в професійній орієнтації, зміна місця роботи	36
19	Загострення конфлікту з партнером	36
20	Ссуда або кредит на дорогу покупку (квартира, автомобіль і т. ін.)	31
21	Закінчення терміну виплати ссуди чи кредиту, зростаючі борги	30
22	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23	Син або дочка покидають домівку	29
24	Проблеми з родичами чоловіка (жінки)	29
25	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26	Партнер покидає роботу (або приступає до роботи)	26
27	Початок або закінчення навчання в навчальному закладі	26
28	Зміна умов життя	25
29	Відмова від будь-яких індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки	24
30	Проблеми з керівництвом, конфлікти	23
31	Зміна умов або годин роботи	20
32	Зміна місця проживання	20
33	Зміна місця навчання	20
34	Зміна звичок, пов'язана з відпочинком, відпусткою	19
35	Зміна стереотипів, пов'язаних із віросповіданням	19
36	Зміна соціальної активності	18
37	Позика або займ для покупки менш дорогих речей (телевізора, музичного центру)	17
38	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушенням сну	16

39	Зміна кількості проживаючих разом членів сім'ї, зміна характеру та частоти зустрічей з іншими членами сім'ї	15
40	Зміна звичок, пов'язаних із харчуванням (кількість спожитої їжі, дієта, відсутність апетиту)	15
41	Відпустка	13
42	Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43	Незначні порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху тощо)	11

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Доктори Холмс та Раге (США) вивчали залежність захворювань (у тому числі інфекційних хвороб і травм) від різноманітних стресогенних життєвих подій у більш ніж п'яти тисячах пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що передумовою психічних та фізичних хвороб є певні серйозні зміни в житті людини. На основі власних досліджень учені склали шкалу, у котрій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності.

Відповідно до проведених досліджень встановлено, що 150 балів означає 50 % імовірності виникнення певного захворювання, а при 300 балах – збільшується до 90 %.

Уважно перечитайте весь перелік, щоб мати загальне уявлення про те, які ситуації, події та життєві обставини, що викликають стрес, тут перераховуються. Після цього повторно прочитайте кожен пункт, звертаючи увагу на кількість балів, котрими оцінюються кожна ситуація. На наступному етапі спробуйте вивести з тих подій та ситуацій, котрі за останні два роки відбувались у вашому житті, середнє арифметичне (підрахуйте середню кількість балів за один рік). Якщо певна ситуація відбулась у Вас частіше одного разу на рік, то отриманий результат потрібно помножити на кількість разів.

Остаточна сума виявляє одночасно й рівень стійкості стосовно стресу. Велика кількість балів – це сигнал тривоги, що свідчить про небезпеку. Потрібно вжити термінових заходів, щоб ліквідувати стрес. Підрахована сума має ще одне важливе значення: вона в цифрах виражає ступінь стресового навантаження.

Порівняльна таблиця стресових характеристик

Загальна сума балів	Рівень стійкості стресу
150–199	Високий
200–299	Пороговий
300 й більше	Низький (вразливий)

Якщо сума балів, наприклад, вища 300 – існує небезпека, психосоматичного захворювання, оскільки є реальна загроза нервового виснаження.

Підрахунок суми балів дає можливість відтворити картину власного стресу, тоді в досліджуваного виникає розуміння того, що не окремі, нібито незначні події у власному житті є причиною виникнення стресової ситуації, а їх комплексний вплив та нашарування.

5.5. Методика «Зірка Гінгера» (Проективний метод психодіагностики «внутрішньої картини здоров'я»)

Термін «внутрішня картина здоров'я» (ВКЗ) уперше використовує В. Є. Каган (1986), розуміючи здоров'я як цілісний вимір особистості, а хворобу – як певний його рівень Він розробляє теоретичне обґрунтування концепції ВКЗ (В. Є. Каган, 1988). Внутрішня картина здоров'я, за В. Є. Каганом, – це цілісне уявлення, «для – себе – знання» про здоров'я. Саме через вивчення такого цілісного уявлення, яке враховує структуру суб'єктивного досвіду, неможлива адекватна розробка програм збереження й розвитку фізичного та психічного здоров'я, індивідуального стилю здорового способу життя.

Виходячи з цього, найперспективнішим видається використання проективних методів діагностики, які дають можливість виявити компенсаторні психологічні механізми (Ю. С. Савенко, 1978), «...установки, які виступають як результат певної організації минулого досвіду, що створив вибірккову готовність до майбутнього сприйняття і дій («внутрішні умови»)» (Л. Ф. Бурлачук, 1978). Отже,

можна стверджувати, що в основі проєктивних методів лежить теза про зв'язок поведінки з афективно-мотиваційною сферою особистості, яка історично сформувалась у проблему проєкції.

У цій методиці пропонується проєктивний малюнок, який має низку переваг над іншими (відносна простота й зручність використання; зменшення ситуативного емоційного напруження під час виконання, сприяння встановленню неформального та емоційного контакту з обстежуваним, маскуванню інтерпретації) (Краско Т. І., 1995). Термін «внутрішня картина здоров'я» допускає використання засобів образотворчого мистецтва. За твердженням R. S. Burns та S. H. Kaufman (1972), взаємодія між людиною й малюнком є зоровою метафорою.

Тому якщо привести весь малюнок у дію, можливо побачити те, що насправді відбувається в її житті. Так, Гертруда Шоттенлоер наголошує: «У буквальному розумінні, зовнішній світ надає для контакту папір, а обстежуваний – якусь частину свого внутрішнього світу, якусь частину себе» (Schottenloher, 1989). Крім того, зображення дає можливість навчитися рефлексії й спонукає до внутрішнього росту та самокорекції. Отже, завдяки зображенню людина ближче знайомиться із собою й одночасно може переосмислювати події.

На думку багатьох авторів, для вивчення ВКЗ найбільш відповідає тест «Дерево». По-перше, саме дерево в малюнку символізує життєву енергію, а прагнення до життя визначається товщиною стовбура й гілок (Ch. Koch, 1958); по-друге, інструкція та порядок застосування цього тесту можуть бути змінені (Е. С. Романова, О. Ф. Потьомкіна, 1992); по-третє, широко відомий малюнковий тест (Е. Т. Соколова, 1978).

Одним із найбільш цікавих досліджень, виконаних за згаданим тестом, є робота Рене Стора (R. Stora, 1978). У його варіанті тесту малюнок дерева виконується з обох боків аркуша. При цьому перший малюнок аркуша репрезентує першу реакцію обстежуваного на незнайому ситуацію та відображає його зусилля для самоконтролю. Другий малюнок більше відповідає психологічному станові у звичній ситуації.

У наступному варіанті тесту Р. Стор пропонує намалювати «дерево надії», а на звороті аркуша – наосліп зобразити дерево. На думку автора, малюнок дає змогу виявити приховані конфлікти, які можуть впливати на сучасний стан.

Аналогічно до описаних досліджень, у цій методиці обстежуванним пропонують намалювати «дерево здоров'я», а потім повторити наосліп малюнок на звороті аркуша. Останній малюнок дає змогу виявити конфліктні й мотиваційні аспекти, що перешкоджають веденню здорового способу життя.

Інтерпретація результатів проводиться за допомогою пентаграми у вигляді зірки, розробленої С. Гінгер та А. Гінгер (1999). Вони розглядають промені зірки як п'ять головних вимірів людської діяльності:

- 1) фізичний;
- 2) афективний;
- 3) раціональний;
- 4) соціальний;
- 5) духовний.

При цьому слід відзначити, що ліва частина пентаграми стосується життя людини (її тіло, серце, голова), а права – ближнього (соціального) та глобального (духовного, космічного) навколишнього середовища.

За твердженням авторів, людина протягом усього життя повинна підтримувати рівновагу між цими видами діяльності, оскільки її поведінка обумовлена всіма п'ятьма згаданими вимірами: організмом і відчуттями; бажаннями й відносинами; думками та рішеннями; навколишнім соціальним середовищем і життям Всесвіту (клімат, пора року, обертання Землі, сонячне світло).

ПРОВЕДЕННЯ МЕТОДИКИ «ЗІРКА ГІНГЕРА»

Мета – виявлення індивідуально-типологічних особливостей ВКЗ обстежуваного.

Обладнання: аркуш паперу А-4: олівець або ручка.

Інструкція: намалюйте, будь ласка, на аркуші паперу ваше власне «дерево здоров'я». Ви можете намалювати будь-яке дерево, яке вважаєте за потрібне. Виконайте це ручкою чи олівцем.

Далі на звороті аркуша пропонується наосліп зобразити «дерево здоров'я».

Обробка результатів. Згадану пентаграму будують у малюнку обстежуваного таким чином (рис. 1)

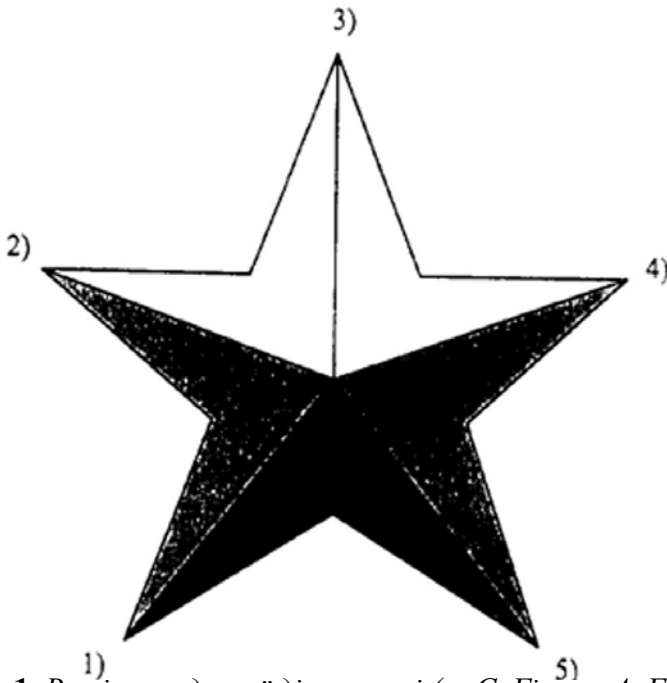


Рис. 1. *Виміри людської діяльності (за С. Гінгер, А. Гінгер)*
1) фізичний вимір; 2) афективний вимір; 3) раціональний вимір;
4) соціальний вимір; 5) духовний вимір.

1) розміщують найбільш віддалені п'ять точок намальованого дерева;

2) знайдені точки сполучають прямими, щоб утворилася зірка;

3) утворені вершини променів зірки з'єднують прямими лініями.

Одержана таким чином зірка показує, як організуються згадані виміри людської діяльності у ВКЗ обстежуваного, яку площину вони займають у зробленому малюнку, як співвідносяться один з одним, який із вимірів переважає, а який займає скромне місце. За бажанням дослідника, ці співвідношення можна виразити в числах, обчисливши площу трикутників, які утворюють промені зірки.

Серж та Анна Гінгери (1999) пишуть: «...якщо переміщуватися від одного кінця пентаграми до другого за годинниковою стрілкою, то можна послідовно пройти через:

- а) ставлення до свого тіла, куди включено лише один індивід (самотність);
- б) афективні стосунки з коханою людиною (пара);
- в) інтелектуальні зв'язки (з кількома людьми);
- г) ширші соціальні зв'язки з групами людей (товариства);
- ґ) приналежність до Всесвіту через поступове розширення зв'язків.

Тому людина протягом життя повинна намагатися підтримувати рівновагу між часовими періодами, які охоплюють:

- стосунки індивіда із самим собою (розмірковування, читання, медитація);
- стосунки двох (дружба, любов, сексуальність);
- групові стосунки (під час навчання, на роботі, у культурі);
- стосунки із суспільством (економіка, політика);
- стосунки зі світом (екологія, філософія, духовність, релігія).

Аналогічні явища констатують і стосовно психологічного консультування як стратегій допомоги (Р. Нельсон-Джоунс, 2000). Одержаний після з'єднання променів зірки п'ятикутник ілюструє це положення (рис. 2). Консультант, котрий володіє певним репертуаром впливів, повинен визначитися, які впливи слід застосувати до конкретного клієнта та яка ймовірність успіху.

Описана методика полегшує цей процес, роблячи його наочним, і дає змогу зробити вибір на користь того чи іншого методу консультування. Більше того, із допомогою наведеного тесту можна розробляти індивідуальні оздоровчі програми й коригувати їх залежно від змін клієнта. За необхідності, можна також обчислити площі трикутників А, В, С, D, Е, щоб одержати результат у числовому варіанті.

Описаний проективний метод діагностики ВКЗ дає змогу практичному психологу діяти з допомогою багатовимірного продуктивного підходу, одночасно враховуючи названі виміри поведінки людини. Він вивільняє не просто аналіз, а глобальне синтетичне бачення, спрямоване на прояснення того, «як ВКЗ індивіда функціонує зараз», а не «чому ВКЗ індивіда функціонує так». Такий підхід видається нам виправданим, оскільки, за влучним висловом Едгара Морена, «мрія абсолютно раціональної людини цілковито ірраціональна».

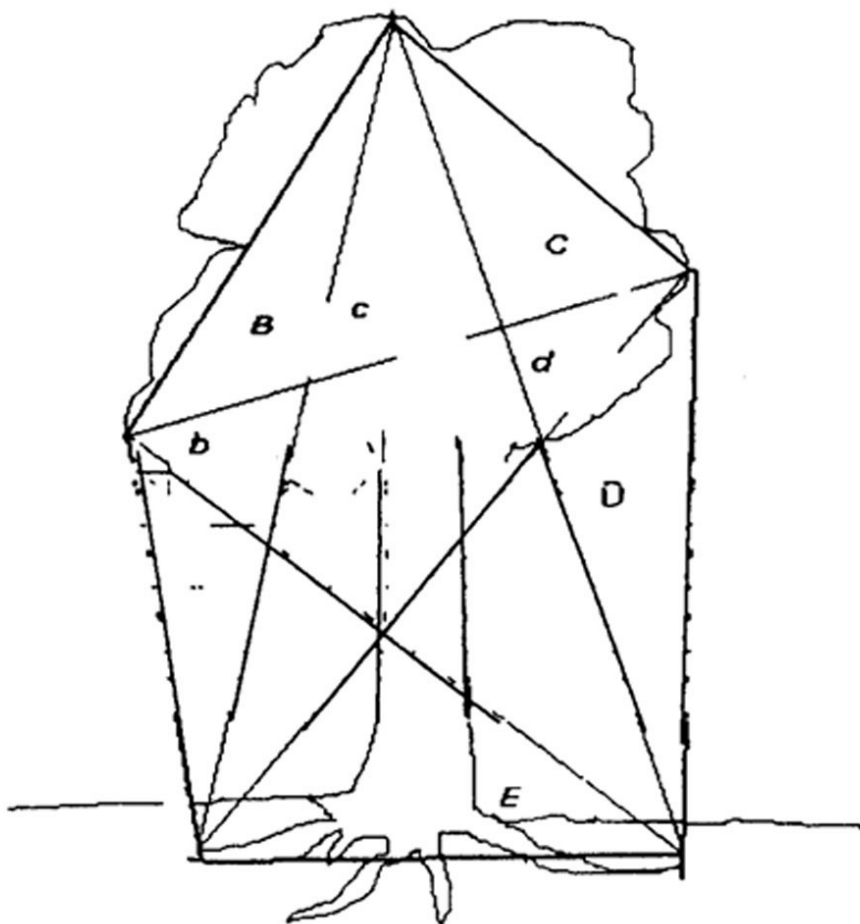


Рис. 2. Побудова пентаграми:

a – фізичний вимір; *b* – афективний вимір; *c* – раціональний вимір; *d* – соціальний вимір; *e* – духовний вимір;
A – тілесно-орієнтовний підхід; *B* – психоаналітичний підхід;
C – групова динаміка; *D* – релігії, медитативна практика;
E – природна медицина, йога, тай-цзи та інші

СЛОВНИК ФОБІЙ

А

АГОРАФОБИЯ (*agoraphobia*) – нав'язливий страх, боязнь відкритого простору, неможливість самостійно перейти майдан, пройти по безлюдній вулиці

АЕРОФОБИЯ (*aerophobia*) – боязнь повітряного потоку

АЙХМОФОБИЯ (*aichmophobia*) – нав'язливий страх, боязнь гострих предметів

АКАРОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь сверблячки

АКРИБОФОБИЯ – нав'язливий сумнів, вагання в правильності розуміння смислу прочитаного

АКРОФОБИЯ (*acrophobia*) – нав'язливий страх, боязнь висоти, високих місць, що супроводжується головокружінням

АНТРОПОФОБИЯ (*anthropophobia*) – нав'язливий страх, боязнь людей, особливо незнайомих

АРАХНОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь павуків

АСТРАПОФОБИЯ (*astraphobia*) – нав'язливий страх, боязнь блискавки

АСТРОФОБИЯ (*astrophobia*) – нав'язливий страх, боязнь зоряного неба

АТАКСІФОБИЯ (*ataxiphobia*) – боязнь порушення координації рухів

АУТОФОБИЯ (*autophobia*) – нав'язливий страх, боязнь самотності

Б

БАЗОФОБИЯ (*basophobia*) – нав'язливий страх, боязнь ходити

БАЛІСТОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь ракет та подібних літаючих об'єктів

БАРОФОБИЯ (*barophobia*) – боязнь земного тяжіння, піднімання важких предметів

БАТОФОБИЯ (*bathophobia*) – нав'язливий страх, боязнь глибини (водойми)

БАЦИЛОФОБИЯ (*bacillophobia*) син. Бактеріофобія – нав'язливий страх, боязнь зараження мікробами

БЛЕННОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь слизу або будь-якої липкої, тягучої речовини

В

ВЕНЕРОФОБИЯ (*venerophobia*) – нав'язливий страх, боязнь заразитися венеричним захворюванням

ВЕРТИГОФОБИЯ (*vertigophobia*) – нав'язливий страх, боязнь головокружіння або втрати рівноваги

ВОМИТОФОБИЯ (*vomitophobia*) – нав'язливий страх, боязнь виникнення блювоти

Г

ГАМАРТОФОБИЯ (*hamartophobia*) – нав'язливий страх, боязнь скоїти гріх, недостойний поступок.

ГАПТОФОБИЯ (*haptophobia*) – нав'язливий страх, боязнь дотику оточуючих людей.

ГАРПАКСОФОБИЯ (*harphaxophobia*) – нав'язливий страх, боязнь стати жертвою пограбування

ГЕЛІОФОБИЯ (*heliophobia*) – боязнь сонячного світла

ГЕФІРОФОБИЯ (*gephyrophobia*) – нав'язливий страх, боязнь переходу по мосту

ГІДРОЗОФОБИЯ (*hydrosophobia*) – нав'язливий страх: боязнь спітніти й унаслідок цього застудитися або мати неприємний запах

ГІДРОФОБИЯ (*hydrophobia*) – водобоязнь, боязнь виникнення неприємних ковтальних судом під час спроби зробити ковток води або під час згадування про неї; спостерігається при істерії, сказі

ГІЛОФОБИЯ (*hylophobia*) – нав'язливий страх; боязнь лісу

ГОМІЛОФОБИЯ (*homilophobia*) – боязнь спілкування з людьми через небезпеку бути об'єктом підвищеної уваги, виглядати кумедним, опинитись у незручній ситуації

ГРАФОФОБИЯ (*graphophobia*) – нав'язливий страх; боязнь писати

Д

ДЕНДРОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь дерев

ДОМАТОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь будинку

ДЕМОФОБИЯ (*demophobia*) син. Охлофобія – нав'язливий страх: боязнь великого скупчення людей, натовпу

ДЕРМАТОПАТОФОБИЯ (dermatopathophobia) – нав'язливий страх, боязнь захворіти на хворобу шкіри

ДИСМОРФОФОБИЯ (dysmorphophobia) – нав'язливий страх фізичної вади, упевненість у тому, що всі її помічають

Е

ЕКЛУОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь темноти

ЕККЕСІОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь церкви

ЕМІХОРФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь подряпин

ЕРГАЗІОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь роботи

ЕРЕМОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь самотності, самотності

К

КАЕТОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь волосся

КАНЦЕРОФОБИЯ (латин. *Cancer* – злоякісна пухлина, рак) – нав'язливий страх захворіти раком

КАРДІОФОБИЯ (*cardiophobia*) – нав'язливий страх, боязнь смерті від серцевої хвороби

КЕНОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь порожніх кімнат

КІОНОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь снігу

КІФОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь сутулості

КЛАУСТРОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь замкнутих приміщень

КЛІМАКОФОБИЯ (*climacophobia*) – нав'язливий страх, боязнь ходити сходами

КЛІНОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь процесу засинання

КОПОФОБИЯ (*coprophobia*) – нав'язливий страх, боязнь перевтоми

КСЕНОФОБИЯ (від грец. *Xenos* – чужий) – 1) нав'язливий страх перед незнайомими особами; 2) ненависть, нетерпимість до когонебудь або до чого-небудь чужого, незнайомого, незвичного

М

МІЗОФОБИЯ (від грец. *Mysos* – неохайність, забруднення) – нав'язливий страх забруднення, зараження через бруд

Н

НЕКРОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь трупів та похоронних атрибутів

НЕОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь новизни, перемін

НІКТОФОБИЯ (*nyctophobia*) – нав'язлива боязнь темноти (нічної темноти)

НОЗОФОБИЯ (*nosophobia*) – нав'язливий страх, боязнь захворіти

О

ОДОНТОФОБИЯ – боязнь зубного болю

ОМБРОФОБИЯ (*ombrophobia*) – нав'язливий страх, боязнь потрапити під дощ

ОММАТОФОБИЯ – боязнь очей

ОСПЕОСІОФОБИЯ – боязнь людських запахів

П

ПАНФОБИЯ (*panphobia*) – нав'язливий страх, боязнь усього оточуючого

ПЕДИОФОБИЯ – нав'язливий страх; боязнь дитячих іграшок

ПЕДОФОБИЯ (*paedophobia*) – нав'язливий страх, боязнь дітей у цілому або боязнь народження дитини в сім'ї

ПЕЙРАФОБИЯ (*peiraphobia*) – боязнь публічного виступу, промови, складання іспиту

ПЕТТОФОБИЯ (*pettophobia*) – нав'язливий страх, боязнь нестримання кишково-шлункових газів у присутності сторонніх осіб

ПОГОНОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь бороди

ПТЕРОНОФОБИЯ – нав'язливий страх, боязнь волосся

Р

РАДІОФОБИЯ (*radiophobia*) – нав'язливий страх, боязнь радіаційного зараження (опромінення)

С

СИТОФОБИЯ (*sitophobia*) – боязнь приймати їжу, спостерігається переважно при неврозах, психопатіях; повна або часткова відмова від їжі під час маячіння за наявності збереженого апетиту; спостерігається при психозах

СКІОФОБІЯ – нав'язливий страх, боязнь тіні

СТАЗОБАЗОФОБІЯ (*stasobasophobia*) – нав'язливий страх, поєднання боязні стояння та ходьби

СТАСІОФОБІЯ – нав'язливий страх, боязнь процесу просинання

Т

ТАНАТОФОБІЯ (*thanatophobia*) – нав'язливий страх, боязнь смерті

ТАФЕФОБІЯ – боязнь бути похороненим заживо

ТЕРМОФОБІЯ – боязнь спеки

У

УРОФОБІЯ (*urophobia*) – нав'язливий страх, боязнь появи позову сечовиділення під час небажаних обставин

Ф

ФАГОФОБІЯ (*phagophobia*) – нав'язливий страх, боязнь ковтати їжу, побоюючись поперхнутися, подавитися

ФЕНГОФОБІЯ – боязнь денного світла

ФОБОФОБІЯ (*phobophobia*) – нав'язливий страх, боязнь появи страхів

ФРИГОФОБІЯ – боязнь холоду

Х

ХАРПАКСИОФОБІЯ – нав'язливий страх, боязнь бути пограбованим

ХОМІКЛОФОБІЯ – нав'язливий страх, боязнь туману

ХРОМОФОБІЯ (*chromophobia*) – нав'язливий страх, боязнь будь-якого кольору або пофарбованих предметів

Е

ЕРЕМОФОБІЯ (*eremophobia*) – нав'язливий страх, боязнь безлюдних місць або самотності

ЕРЕЙТОФОБІЯ (*ereuthophobia*) – нав'язливий страх, боязнь розчервоніти у присутності сторонніх

ЕРОТОФОБІЯ (*erotophobia*) – 1) нав'язливий страх, боязнь статевого акту; 2) почуття брідкості в ставленні до статевого акту

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Акимов Г. А. Некоторые вопросы организации психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны / Г. А. Акимов, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак // Военно-медицинский журн. – 2005. – № 11. – С. 18–21.
2. Александровский Ю. А. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях (по материалам аварии на Чернобыльской АЭС) / Ю. А. Александровский, Г. М. Румянцева, Б. П. Щукин // Журн. невропатология и психиатрия. – 2009. – № 5 – С. 111–117.
3. Александровский Ю. А. Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС / Ю. А. Александровский // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. – Киев : Здоровья, 2008. – С. 171–177.
4. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М. : Наука, 1999. – 272 с.
5. Алтунин А. Т. Формирования гражданской обороны в борьбе со стихийными бедствиями / А. Т. Алтунин. – М. : Стройиздат, 2008. – 248 с.
6. Бахтин А. К. Меры безопасности при ликвидации последствий стихийных бедствий и производственных аварий / А. К. Бахтин. – М. : Энергоатомиздат, 2004. – 287 с.
7. Биндер Г. Психопатии, неврозы, патологические реакции / Г. Биндер // Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груде. – М. : Медицина, 2007. – С. 143–165.
8. Боброва Э. С. Управление и самоуправление эмоциональным состоянием в критических ситуациях в системе взаимоотношений руководителей производственных и сельскохозяйственных коллективов / Э. С. Боброва, Л. А. Китаев-Смык. – М. : МСХА им. Тимирязева, 1984. – 82 с.
9. Брусиловский Л. Я. Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм / Л. Я. Брусиловский, Н. П. Бруханский, Т. Сегалов. – М. : [б. и.], 2008. – 107 с.

10. Виленский Т. С. Неотложные состояния в невропатологии / Т. С. Виленский. – Л. : Медицина, 2006. – 303 с.
11. Виноградов М. В. Катастрофа: взгляд профессионала / М. В. Виноградов. – Л. : [б. и.], 2009. – 57 с.
12. Волович В. Г. Человек в экстремальных условиях природной среды / В. Г. Волович. – М. : Мысль, 2003. – 203 с.
13. Горшков Г. П. Землетрясение / Г. П. Горшков // БСЭ. – [2-е изд.]. – 1992. – Т. 16. – С. 661–666.
14. Детенгоф Ф. Ф. Психическая закалка / Ф. Ф. Детенгоф. – Ташкент : Медицина, 2007. – 51 с.
15. Джексон Э. Приспособления человека к землетрясениям в Сан-Франциско. Калифорния / Э. Джексон, Т. Мукерджи // Стихийные бедствия: изучение и методы борьбы. – М. : Прогресс, 2001. – С. 177.
16. Иванов Н. В. О соотношении особенностей психогенных ситуаций и психогенных реакции / Н. В. Иванов, И. А. Родионов / Материалы конференции (20–22 ноября 1971). – М. : [б. и.], 2001. – С. 121–126.
17. Канеп В. В. Моделирование организации медицинской помощи населению при стихийных бедствиях / В. В. Канеп // Современное здравоохранение. – 2003. – № 5. – С. 8–13.
18. Ковалевский Ю. Н. Стихийные бедствия и катастрофы / Ю. Н. Ковалевский. – Рига : [б. и.], 2006. – 114 с.
19. Ковригина В. И. Сильнейшие землетрясения мира за 20 веку : краткая географическая энциклоп. / В. И. Ковригина. – М. : [б. и.], 2006. – Т. 5. – С. 301–309.
20. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц. П. Короленко. – М. : Медицина, 1988. – 271 с.
21. Краснушкин Е. К. Избранные труды / Е. К. Краснушкин. – М. : Медгиз, 2000. – С. 331–340.
22. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. – М. : [б. и.], 1990. – С. 178–208.
23. Лежепекова Л. Н. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача / Л. Н. Лежепекова, Б. А. Якубов. – Л. : Медицина, 2007. – 188 с.
24. Лобастов О. С. Землетрясение / О. С. Лобастов // БМЭ. – [3-е изд.]. – 1998. – Т. 8. – С. 435–436.

25. Лобастов О. С. Психопрофилактика в системе морально-психологической подготовки войск / О. С. Лобастов, Л. И. Спивак // Военно-медицинский журн. – 2009. – № 9. – С. 16–19.
26. Лобастов О. С. Наводнение / О. С. Лобастов, В. Н. Медведев // БМЭ. – [3-е изд.]. – 1981. – Т. 16. – С. 106–107.
27. Лобастов О. С. Стихийные бедствия / О. С. Лобастов, В. Н. Медведев // БМЭ. – [3-е изд.]. – 1985. – Т. 24. – С. 266–267.
28. Лобастов О. С. О профилактике чрезмерного эмоционального напряжения психотропными средствами / О. С. Лобастов, Л. И. Спивак, Б. П. Панов // Военно-медицинский журн. – 2008. – № 5. – С. 26–29.
29. Люмберг Л. Стресс: его негативные последствия, медицинские аспекты проблемы / Л. Люмберг // Эмоциональный стресс. – М. : Медицина, 2000. – С. 255–260.
30. Молохов А. В. Психогении / А. В. Молохов // 1.МЭ. – 2002. – Т. 27 – С. 299–315.
31. Практикум по общей и экспериментальной психологии / под ред. А. А. Крылова. – Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1987. – 255 с.
31. Случевский Ф. И. Диагностика психических состояний в норме и патологии / Ф. И. Случевский. – Л. : Медицина, ГЖО, 2003. – 293 с.
32. Спивак Л. И. Задачи психогигиены и психопрофилактики в современных условиях / Л. И. Спивак // Воено-медицинский журн. – 2000. – № 11. – С. 17–20.
33. Спивак Л. И. Психогигиена и психопрофилактика в армии / Л. И. Спивак // БМЭ. – [3-е изд.]. – 2003. – Т. 21. – С. 431–332.
34. Судебная психиатрия / под ред. Г. В. Морозова. – М. : Юридическая лит., 2006. – 336 с.
35. Тимофеев Н. И. Военная психиатрия и травма мозга / Н. И. Тимофеев // Журн. невропатологи и психиатрии. – 2007. – № 11. – С. 1680–1683.
36. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. – М. : Медицина, 2007. – 303 с.
37. Хардин Д. Наводнение в Шрусбери, Великобритания / Д. Хардин, Д. Паркер // Стихийные бедствия: изучение и методы борьбы. – М. : Прогресс. – 1998. – С. 54.

Додаткова

1. Айхорн А. Трудный подросток / А. Айхорн. – М. : [б. и.], 2001. – 304 с.
2. Александровский Ю. А. Глазами психиатра / Ю. А. Александровский. – М. : [б. и.], 1985. – 296 с.
3. Альберти Р. Самоутверждающее поведение. Распрямись! Выскажись! Возрази! / Р. Альберти, М. Эммонс ; пер. с англ. М. В. Горшкова. – СПб : Академ. проект, 1998. – 190 с.
4. Асанова Н. К. Психосоциальное развитие младенцев и детей, воспитывающихся в учреждениях : метод. пособие / под ред. Н. К. Асановой. – М. : Ин-т детской психотерапии и психоанализа, 1997. – 32 с.
5. Байярд Д. Ваш беспокойный подросток / Д. Байярд, К. Байярд. – М. : Педагогика, 1991. – 208 с.
6. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В. М. Башина. – М. : [б. и.], 1989.
7. Битенский В. С. Мотивировка, условия, способствующие злоупотреблению наркотиками / В. С. Битенский, Б. Г. Херсонский // Психологические исследования и психотерапия в наркомании. – Л. : [б. и.], 1989. – С. 83–88.
8. Битенский В. С. Наркомания у подростков / В. С. Битенский, Б. Г. Херсонский, С. В. Дворяк, В. А. Глушков. – Киев : Здоровье, 1989. – 216 с.
9. Болотова Т. Е. Как помочь себе и своему ребёнку. Жила-была психология / Т. Е. Болотова. – СПб. : СОЮЗ, 2000. – 160 с.
10. Бондаровська В. Що ми можемо зробити, щоб запобігти домашньому насильству / В. Бондаровська. – К. : СДМ-Студіо, 1999. – 63 с.
11. Бэрон Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – СПб. : [б. и.], 1997.
12. Бютнер К. Жить с агрессивными детьми / К. Бютнер ; пер. с нем. – М. : Педагогика, 1991. – 141 с.
13. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М. : МГУ, 1988. – 216 с.
14. Бачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники : учеб. пособие / И. В. Бачков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Ось-89, 2000. – 224 с.

15. Винникотт Д. В. Разговор с родителем / Д. В. Винникотт. – М. : НФ Класс, 1995.

16. Вихованець О. А. Соціально-педагогічні проблеми молоді з девіантною поведінкою / О. А. Вихованець, М. І. Чемерис // Теоретичні та методичні засади соціально-педагогічної підготовки вчителя. – Київ; Житомир : ЖДПІ, 1999. – С. 136–139.

17. Брано М. Ш. Шизофрения у детей и подростков / М. Ш. Брано. – М. : [б. и.], 1971.

18. Гилберт К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберт, Т. Питере. – СПб. : [б. и.], 1998.

19. Громадська програма запобігання насильству в сім'ї (проект «Гармонія»). – Львів : [б. в.], 2000. – 95 с.

20. Долгушин А. К. Введение в социальную реабилитологию / А. К. Долгушин. – М. : [б. и.], 2000. – 58 с.

21. Ермолаева Т. В. Экстремальное существование в семье: преступник и жертва / Т. В. Ермолаева // Сім'я та шлюбно-родинні стосунки в Україні : зб. наук. пр. – К. : УАДУ, 2001. – С. 177–180.

22. Захаров А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха / А. И. Захаров. – СПб. : Гиппократ, 1995. – 128 с.

23. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребёнка / А. И. Захаров. – СПб. : [б. и.], 1997.

24. Конвенція ООН про права дитини. – К. : ТМ Притік Прес, 1999.

25. Лангмейер И. Психическая депривация в детском возрасте / И. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авиценум, 1984. – 334 с.

26. Леонгард К. Акцентуированные личности : пер. с нем. / К. Леонгард. – Киев : Выща шк., 1981. – 392 с.

27. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1977. – 208 с.

28. Лэндрет Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений / Г. Л. Лэндрет. – М. : Междунар. пед. акад., 1994.

29. Лютова Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Мошна. – СПб. : ООО Речь, 2001. – 190 с.

30. Максимова Н. Ю. Психологічна профілактика вживання підлітками алкоголю та наркотиків / Н. Ю. Максимова. – К. : ВШОЛ, 1997. – 208 с.

31. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И. М. Марковская. – СПб. : Речь, 2000. – 150 с.

32. Мастюкова Е. М. Профилактика и коррекция нарушения психического развития детей при семейном алкоголизме / Е. М. Мастюкова, Г. В. Грибанова, А. Г. Московкина. – М. : Просвещение, 1989. – 78 с.
33. Москаленко В. Д. Дети больных алкоголизмом / В. Д. Москаленко // Обзорная информация. – Вып. 1. – М., 1990. – 67 с.
34. Оклендер В. Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – М. : [б. и.], 1997.
35. Пеша І. В. Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (проблеми реформування) / І. В. Пеша. – К. : Логос, 2000. – 87 с.
36. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / за заг. ред. А. Й. Капської, І. М. Мінчук, С. В. Товстоухової. – К. : [б. в.], 2000. – 260с.
37. Слот В. Методика работы с детьми «группы риска» / В. Слот, Х. Спаниард, Т. И. Шульга. – М. : УРАО, 1999. – 84 с.
38. Соціальна робота з підлітками та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи. – К. : УДЦССМ, 2000. – 275 с.
39. Фромм Э. Психология человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М. : [б. и.], 1994.
40. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей / Г. Эберлейн. – М. : Знание, 1981. – 192 с.
41. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. – Л. : Медицина, 1990. – 132 с.
42. Яковлев Г. М. Резистентность, стресс, регуляция / Г. М. Яковлев, В. С. Новиков, В. Х. Хавинсон. – Л. : Наука, 1990.

Для нотаток

Для нотаток

Навчально-методичне видання

Мельник Антоній Петрович
Магдисюк Людмила Іванівна
Дучимінська Тамара Іванівна

ПАТОПСИХОЛОГІЯ ТА СПЕЦПРАКТИКУМ З КЛІНІЧНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Навчально-методичний посібник

Друкується в авторській редакції
Технічний редактор *І. С. Савицька*

Формат 60x84 ¹/₁₆. Обсяг 8,83 ум. друк. арк., 8,75 обл.-вид. арк
Наклад 300 пр. Зам. 182. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України ДК №
4607 від 30.08.2013 р.