

СТУДЕНТАМ 3-ГО КУРСУ ЗАОЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Студентам 3-курсу заочної форми навчання з курсу нейро- та патопсихологія (з частини «Патопсихологія») треба:

- I. Написати контрольну роботу. Вона повинна складатися з двох частин – теоретичної (максимум 5 балів) та практичної (максимум 10 балів), загалом до 15 балів.**

Для написання теоретичної частини усім студентам треба ознайомитися з підручником класика патопсихології Б.В.Зейгарнік та написати реферат на тему «Розлади особистості», проаналізувавши усі розлади, які виокремлювала дослідниця, та наводячи клінічні приклади для кожного розладу (українською мовою, обсяг – не більше 5 сторінок).

Для написання практичної частини студенти повинні ознайомитися з тестом Розенцвейга, провести цей тест на собі або на комусь із знайомих та обробити і проаналізувати отримані результати .

1. Зейгарнік Б.В. Патопсихологія. 5-е издание. – М.: Изд-во МГУ, 2007.
2. Зейгарнік Б.В. Патопсихологія. – М.: Изд-во МГУ, 1999.

www.sgu.ru/sites/default/files/textdocsfiles/.../b.v.zeigarnik_-_patopsihologiya.doc

3. Тест Розенцвейга. Методика рисуночної фрустрації. Взрослый вариант (модифікація Н.В.Тарабриной) - <https://vsetesti.ru/400/>

02.04.2020

Замість лекцій з курсу «Патопсихологія», що повинні були бути прочитані 2-го квітня студентам 3-го курсу, в межах дистанційної форми навчання їм треба буде самостійно опрацювати нижченаведену літературу та написати реферати (обсягом до 5 сторінок) на теми:

- 1. «Патопсихологія в структурі клінічної психології. Її історія, цілі та завдання» (0-1 бал), висвітливши наступні питання:**
 - Структура клінічної психології та місце патопсихології в ній
 - Історія психіатрії та патопсихології. Московська та Ленінградська медико-психологічні школи
 - Цілі та завдання патопсихології
 - Етапи патопсихологічного дослідження

Есть и другой взгляд: работают с заболеваниями разной тяжести: «не путайте клиническую психологию и психиатрию – это разные научные дисциплины. Психиатрия работает с патологией (дефекты, требующие госпитализации и лечения в спецучреждениях – шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и т.д.). Клиническая психология изучает различные «пограничные» отклонения и дезадаптации – там, где это еще не патология, но уже не норма». Козлов.

"Клиническая психология" и "медицинская психология".

1. "Клиническая психология" = "медицинская психология".
2. До 90-х годов "клиническая психология" означала то же, что и "медицинская психология", сегодня эти дисциплины нужно отличать. В 1990-е, в рамках приведения российской образовательной программы к международным стандартам, в России была введена специальность «клиническая психология».
3. В понимании В.М. Блейхера и др. отношение клинической психологии к медицинской такое же, как отношение клиники к медицине вообще; клиническая психология - эта та прикладная часть медицинской психологии, которая определяется потребностями клиники [1,7], т.е. медицинская психология более широкое понятие, чем клиническая психология.
4. В международной практике медицинская психология обозначает, как правило, узкую сферу психологии взаимоотношений врача или терапевта и пациента и ряда других узкоспецифических вопросов, в то время, как клиническая психология — это целостная научная и практическая психологическая дисциплина^[3].

Представляется, что клиническая психология включает следующие основные разделы:

1. Психосоматика: психосоматические и соматопсихические взаимовлияния;
2. Нейропсихологию, изучающую связь психических процессов с отдельными мозговыми системами, нарушения психической деятельности
3. Патопсихологию - отрасль психологии, изучающую закономерности нарушений психической деятельности и свойств личности.
4. Психологию аномального развития (специальную психологию). Психология аномального детского развития – наука о закономерностях психического дисонтогенеза . Дисонтогенез - любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития. По Е. Л. Гончаровой «специальная психология — это «область психологии развития, которая изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими потребность детей в особых условиях обучения и воспитания и потребность взрослых — в особых формах психологического сопровождения.»^[2] Исторически первыми возникли такие направления специальной психологии, как психология слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), психология умственно отсталых (олигофренопсихология) людей. За свою почти столетнюю историю специальная психология значительно расширила область своих исследований и практического применения. Теперь она обращена и к детям с задержкой психического развития, с нарушениями речи, с ранним детским аутизмом, к детям с двигательными нарушениями и др. Специальная психология изучает различные варианты патологии психического развития, проблемы искажения психического развития при врождённых физических заболеваниях и дефектах. так, например, выявлено, что *первичный дефект* (например, глухота) вызывает многочисленные вторичные изменения — изменения психического развития (*вторичный дефект*), перестройку жизненной позиции, системы взаимоотношений с окружающими, мышления, восприятия и пр. (*третичные отклонения*).

Основной задачей специальной психологии является формирование адекватной личности в условиях применения специальных методов и приёмов воспитания и обучения, за счёт которых происходит замещение и перестройка нарушенных функций.

5. Психологию отклоняющегося (девиантного) поведения. **Девиантное поведение** (также **социальная девиация, отклоняющееся поведение**) — это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространённых и устоявшихся общественных норм. Французский социолог Эмиль Дюркгейм, написавший ставшую классической работу «Самоубийство» (1897), считается одним из основоположников современной девиантологии. В классификации Ф. Патаки (1987)^[51] выделяются: преступность, алкоголизм, наркомания (аддиктивное поведение), самоубийство.
6. «Психологию в медицине», т.е. то, к чему ранее преимущественно и сводилась медицинская психология: психология больного (и его родственников), медицинского персонала, медицинская деонтология и этика);

Клиническая психология

Собственно клиническая психология - Медицинская психология

Гигиена и проф – Диагн – П\т – Реабилитация

Ятрогения (др.-греч. *iátrós* — врач + др.-греч. *γενεά* — рождение) — ухудшение физического или эмоционального состояния человека, невольно спровоцированное медицинским работником. Обычно имеется в виду влияние неосторожных высказываний врача. Термин «ятрогения» был введен в 1925 году немецким психиатром Освальдом Бумке в работе «Врач как причина душевных расстройств»^[2]

Р. А. Лурия выделяет два типа ятрогении:

1. Первый тип характеризуется тем, что пациент не имеет серьезного органического заболевания, но скорее функциональные расстройства, но неправильно понимает слова врача, принимая свою болезнь за неизлечимую или тяжелую^[2];
2. Второй тип определяется как наличие у пациента тяжелого заболевания, которое усугубляется вслед за состоянием ухудшающемся неосторожными словами врача^[2]

Вариантом ятрогенных заболеваний являются так называемые «болезни третьего курса», когда студент-медик, изучая пропедевтику внутренних болезней, находит у себя симптомы несуществующего заболевания. (пример с туберкулезом)

Комплаенс (compliance) - *Согласие пациента следовать рекомендациям врача.*

Согласие чрезвычайно важно как для взаимоотношений пациента и врача, так и для успеха любого лечения, в том числе и лекарственного. Поэтому такое пристальное внимание постоянно уделяют и его научному исследованию, результаты которого представлены в многочисленных публикациях, содержащих рекомендации, как улучшать *согласие в коммуникациях* пациент – врач – фармацевт (Fedder D. O., 1982), *согласие пациента с выписанным ему рецептом* (Peck C. L., King N. J., 1982), *общее согласие пациента при хронических заболеваниях* (Anderson R. J., 1982; Bosley C.M. et al., 1995).

Согласие имеет решающее значение не только для успеха фармакотерапии, как было отмечено выше. Из-за неполноценности *согласия* возникает **отказ от лечения** – одна из основных преград в практике всех видов помощи. Специальные публикации посвящены психологическим причинам **отказа от госпитализации** (Appelbaum P. S., Roth L. H., 1983), **психотерапии** (Frank J. D. Et al., 1957), **переписки с врачом** (Rickels K. Et al., 1968), **приема лекарств вне больницы** (Freedman N. Et al., 1958), в частности, больными невротиками (Lipman R. S. Et al., 1965).

Рассматриваются разные *стратегии повышения согласия* (Becker M. H., Maiman L. A., 1980), единодушно подчеркивающие необходимость участия мультидисциплинарного персонала (Hill M. N., Niller N. Y., 1996).

Краткий очерк истории медицинской психологии

В мрачный период средневековья особенно отчетливо господствовало демонологическое понимание **безумия как формы сочетания болезни с одержимостью дьяволом**. Медицина была сосредоточена в руках монахов, полузнахарей, полуврачей.

Изоляция. В целях ограждения окружающих от душевнобольных их родственников обязывали наблюдать за ними и отвечать за ущерб, ими наносимый. Больные, представляющие опасность, содержались в тюрьмах и в тюремного типа учреждениях, некоторые в цепях.

Многие больные, особенно страдающие припадками, и душевнобольные, лечились **заклинаниями** – «экзорцизмами».

В литературе середины XV в. встречается указание Д. Савонаролы на то, что к душевнобольным применялось сечение розгами до крови, их кололи иглами и шипами, покрывали тело горчичниками. **«Изгнать беса»**. Подозреваемых в бесоодержимости подвергали зверским пыткам и этим добивались у них признания о связи с дьяволом. Сторонники «святой инквизиции» были основными виновниками эпидемии бесоодержимости. В 1571 г. один священник заявил, что во Франции имеется не меньше 300 тысяч колдунов и ведьм.

В XVIII в. великий реформатор психиатрической помощи во Франции **Pinel в своем «Трактате о душевных болезнях»** выдвинул положение о том, что психиатрической больницей должны руководить: врач, администратор и психолог, причем ему представлялось наиболее желательным объединение в одном лице врачебной и психологической компетенции. Как известно, **Pinel освободил душевнобольных от цепей**. Немного ранее в Англии принцип гуманного отношения к душевнобольным был реализован в реформе психиатрической больницы Tuke.

Интерес ученых к психике нормального человека, соматического и психически больного в **XIX столетии** непрерывно возрастает. В середине XIX в. возник **месмеризм** – учение о «животном магнетизме». Это учение, создателем которого является Mesmer, явилось первой попыткой обоснования гипнотических явлений. Более глубокое понимание гипнотизм получил в клинике Charcot, крупнейшей психиатрической больнице Парижа. Charcot связывал истерическое состояние с гипнотическим и полагал, что в основе того и другого лежит особое физиологическое состояние. С конца XIX и начала XX в. начало формироваться особое направление, которое исходило первоначально из опыта лечения истерических состояний, описанного Брейером и **Фрейдом**. Последний явился главой этого направления и основателем учения о психоанализе. Это учение вначале касалось преимущественно клиники неврозов, психологического анализа невротических проявлений и их психотерапии, а затем было перенесено и на изучение здорового человека. Под давлением теоретической критики и практического опыта сторонники психоанализа меняли свои позиции, преимущественно в частных вопросах. Возник **неофрейдизм**, отошедший и от фрейдовского понимания определяющей роли сексуального инстинкта и его теории бессознательного. Некоторые направления развития психотерапии конца XIX и начала XX вв. имели важное значение для формирования медицинской психологии.

Термин «клиническая психология» был введен в 1907 году американским психологом Лайтнером Уитмером (1867—1956), узко определявшим его как изучение индивидов путём наблюдения или эксперимента с намерением произвести изменение^[4]. Согласно современному определению Американской психологической ассоциации:

Область клинической психологии интегрирует науку, теорию и практику с целью понять, предсказать и облегчить дезадаптацию, инвалидность и дискомфорт, равно как и способствовать адаптации, приспособляемости и личностному развитию.

Используя подход Уитмера, американские психологи начали создавать новые психологические клиники, а в 1917 году появилась первая организация клинических психологов — Американская ассоциация клинической психологии.

В 20-х годах нашего столетия ряд публикаций принадлежит крупному психиатру **Kretschmer**, который, помимо специальных психиатрических работ, имеющих и большое медико-психологическое значение, опубликовал книгу «Медицинская психология», явившуюся в собственном смысле слова уже попыткой выделения самостоятельного раздела науки, освещающей аномалии психической жизни, но не трактующей проблем собственно психиатрического характера. Kretschmer является представителем конституционально-биологического направления в психиатрии и в медицинской психологии. Переоценивая роль врожденных конституциональных факторов, он крайне недооценивает и неправильно понимает значение социальных условий формирования личности. Немецкая школа клинической психологии сформировалась в середине XX века, в её основу легли достижения экспериментальной психологии, начало которой было положено в 1890-х годах^[6].

История отечественной клинической психологии

«Вообще к чести нашего отечества необходимо упомянуть о той исторической истине, что в то время, как в католических и протестантских землях Западной Европы над душевнобольными творились разные жестокости, истязания, пытки и даже сжигание их целыми сотнями на кострах... у нас не было воздвигаемо таких жестоких преследований и гонений против так называемых чародеев и одержимых бесом»^[2].

«Они за малым исключением не подвергались преследованию, их не жгли на кострах, не подвергали пыткам; на них смотрели скорее, как **на несчастных**, а не как на преступников и лиц, общающихся с нечистою силою, как это было в Западной Европе»^[3]. Идея – их надо изолировать от общества – **в монастырь**.

Какой момент надо считать началом организованной психиатрической помощи в России? Началом можно полагать известную резолюцию Петра III в **1761 г.** на постановление Сената по делу слабоумных князей Козловских: **«Безумных не в монастырь определять, но построить надо нарочный дом, как то обыкновенно в иностранных государствах учреждены доллгаузы,—впрочем быть по сему»**^[4].

Но как надо было строить доллгаузы? Был сделан специальный запрос Сената в Академию наук в 1762 г. Историограф Мюллер занялся изучением этого вопроса и вскоре представил доклад Сенату **«об учреждении домов для безумных»**?

В своем докладе Мюллер уже тогда указал на необходимость разделить больных на разные **категории** по их состоянию, причем он требовал, **«чтобы лечил больных доктор, а священникам у них, дела нет»**. Мюллер сразу же указал на необходимость **занять больных определенной работой**, выявив, для того времени, прекрасное знакомство с этим вопросом^[5]. **(коробки для конфет)**

Дело, однако, двигалось не быстро. Несмотря на резолюцию Петра III, на доклад Мюллера, а в дальнейшем и на приказ Екатерины II (1765 г.) об учреждении двух «доллгаузов», разрешение вопроса не было сдвинуто с места. Толчком к строительству «доллгаузов» был приказ в **1766 г. о регистрации под страхом штрафа всех душевнобольных в полицейских участках**. В связи с этим большое скопление душевнобольных в полицейских участках заставило вспомнить о «доллгаузах». Но снова проходят годы, а помещения не строятся. Наконец постройка «доллгаузов» начинается с момента издания «Уложения о губерниях» в **1775 г.**, когда по этому Уложению в губерниях учреждается «Приказ общественного призрения для заведывания больными и богоугодным делом». **Взгляд на душевнобольных, отраженный еще в указах Петра I, как на опасных членов общества, которые должны быть изолированы от окружающих, в восьмидесятых годах XVIII века под влиянием идей французских энциклопедистов, несколько меняется. С этого времени в России начали смотреть**

на «помешанного», как на больного и признана была необходимость организации психиатрических стационаров. Это так называемый в русской психиатрии период «Приказа общественного призрения», — период, продолжавшийся около 80 лет.

В [1793 году](#) Приказ общественного призрения в Харькове выстроил смиренный дом. В [1796 году](#) в Харькове построен дом умалишенных и неизлечимо больных. В [1812 году](#) все соматические отделения «богоугодного заведения» были переведены на территорию бывшего загородного замка генерала Сабурова — наместника Екатерины II на Слободской Украине. В [1820 году](#) сюда переведен и дом умалишенных, открытый в [1796 году](#). Поэтому и харьковские «[богоугодные заведения](#)» (то есть дома для психически больных) получили название Сабуровой дачи. Губернатор завещал своё имение и дом больнице, так как имел душевнобольную дочь.

Загородный замок Сабурова находился в двух верстах от города и был расположен в обширном парке с «семнадцатью десятинами земли». Еще даже в 1880 г. в плане Харькова Сабурова дача занимает крайнее место в этой части города, за ней нет ни одного дома и на карте Харькова обозначен «выгон». Количество психически больных было незначительно. Это видно хотя бы из того факта, что при передаче больницы земству психически больных состояло всего 49 человек. (36 – 15 – 3)

В психиатрических отделениях Харьковской больницы до передачи их земству, не числилось ни одного специального штатного врача. На Сабуровой даче широко применялись **тошнотворные и рвотные**. Характеризуя отношение к этим средствам психиатрии того времени, проф. П. И. Ковалевский позднее писал, что «Главная задача его употребления была та, чтобы чувство тошноты парализовало веселое настроение духа как импульс к движению и тем ослабляло самое движение».

В 1834 году профессор хирургии и душевных болезней Харьковского университета П. А. Бутковский выпустил первый учебник психиатрии на русском языке «Душевные болезни...», в котором впервые ввел термин «психиатрия», что явилось толчком для развития психиатрии на Сабуровой даче в России. Благодаря энергии профессора П. И. Ковалевского, работавшего на Сабуровой даче, в 1883 году начал выходить первый отечественный специальный журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» в Харькове.

В формировании материалистической медицинской психологии большую роль сыграли труды, освещавшие работу **головного мозга как органа психики**. Сеченов, Бехтерев, Павлов. Но на этом пути имели место и заблуждения, как, например, ложное учение Gall – френология, пытавшееся связать особенности психики, и в частности способности и склонности, с выпуклостями («шишками») на черепе, свидетельствовавшими якобы о развитии лежащих под ними частей мозга.

Существенным моментом в развитии медицинской психологии явилось возникновение **лабораторий** экспериментальной психологии при клинических психоневрологических учреждениях. В России первые экспериментально-психологические лаборатории были открыты при кафедрах психиатрии В.М. Бехтеревым, С.С. Корсаковым (А.А. Токарский), Н.А. Бернштейном, на кафедре невропатологии – Г.И. Россолимо. Павел Иванович Ковалевский – лаборатория в Харькове. (о нем - лаборатория, съезд, исследования)

К [1897 году](#) это была самая большая [психиатрическая клиника](#) в [России](#), на 1100 мест. В начале XX века она стала самым крупным специализированным учреждением в России. В то время в ней работали психиатрами В. А. Гиляровский, Т. И. Юдин, П. И. Ковалевский, Н. В. Краинский, ставшие впоследствии всемирно известными учёными.

В советский период, несмотря на активные разработки в психологической теории и практике, пресловутое Постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» от 4 июля 1936 года значительно затормозило развитие и становление многих отраслей психологии, в том числе и медицинской [9, 10]. Борьбой с «космополитизмом» и внедрением «истинно правильного учения» И.П. Павлова увенчались решения «Павловской сессии» 1950 года [11]. В результате психология должна была быть заменена физиологией высшей нервной деятельности.

В годы Великой отечественной войны и послевоенные годы патопсихология оказалась востребованной, как и нейропсихология, для восстановления психических функций у пациентов с военной травмой. Работа психологов в медицинских учреждениях, опыт участия психологов в **восстановлении нарушенных функций мозга у раненых во время и после Великой Отечественной войны** (Б.Г. Ананьев, Э.С. Бейн, А.В. Запорожец, Б.В. Зейгарник, В.М. Коган, М.С. Лебединский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, А.В. Ярмоленко и др.) позволили осветить ряд вопросов медицинской психологии. Этот опыт позже был обобщен в курсах лекций по медицинской психологии и патопсихологии на психоневрологическом факультете Харьковского медицинского института (А.Р. Лурия, М.С. Лебединский), философского факультета Ленинградского университета (В.Н. Мясищев) и Московского университета (А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник).

В 1956 году В.М. Блейхером в Киевской городской психиатрической больнице открыта первая в Украине патопсихологическая лаборатория. В [1961](#) в Харькове открыта первая в мире кафедра психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Именно тут К. [Платонов](#) впервые применил [гипноз](#) как [обезболивающее средство](#), прежде всего при родах.

Несмотря на идеологический прессинг и господство биологической модели в медицине, и в частности психиатрии, значительное улучшение ситуации началось в 60–70-х годах XX столетия. Получили свое самостоятельное развитие патопсихология и нейропсихология [12, 13]. В 1965 году введено обязательное преподавание курса психологии в медицинских институтах, в 1966 году вышло первое руководство по медицинской психологии под редакцией М.С. Лебединского и В.Н. Мясищева [14]. Выходят учебники и методические пособия, раскрывающие теоретико-методологические и практические аспекты медицинской психологии [15–17]. На страницах «Журнала неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» [18–29] и «Психологического журнала» [30–32] велись оживленные дискуссии о проблемах взаимоотношений психиатрии и психологии, предмете патопсихологии, а также о перспективах внедрения знаний психологии в медицину. Организована Проблемная комиссия «Медицинская психология» при АМН СССР. Высшей аттестационной комиссией (ВАК) утверждена специальность «медицинская психология». Существенным шагом развития медицинской психологии явилось создание в 1970 году кафедры нейропатопсихологии в Московском государственном университете им. М.В. Ломоносова. Значительно расширилась сеть экспериментально-психологических лабораторий. Так, в частности, появилась лаборатория клинической психологии и психодиагностики на базе Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в Ленинграде; лаборатория клинической психологии и психотерапии, организованная Б.В. Зейгарник на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии; лаборатория нейропсихологии Научно-исследовательского института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, основанная А.Р. Лурия.

Своего бурного развития патопсихология достигает к 70-м гг. XX столетия. Именно в эти годы увидели свет основные труды отечественных патопсихологов. Тогда же сформировались 2 основные медико-психологические школы – Московская и Ленинградская, существенно отличавшиеся по трактовке многих вопросов:

- дисциплинарной принадлежности (что есть МП и кто может быть МП);
- задачам МП (диагностика или диагностика+психотерапия);

- методам (патопсихологический эксперимент – тесты)
- контингенту (большая психиатрия – малая)
- предмету анализа (познавательные процессы – личностные особенности).

В настоящее время происходит процесс дифференциации патопсихологии на отдельные направления. В частности, из клинической патопсихологии выделилась самостоятельная отрасль — судебная патопсихология

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

По Б. В. Зейгарника, патопсихология изучает структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой.

Цели патопсихологии

- 1) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение. Психотравма.
- 2) изучение влияния тех или иных болезней на психику: на мышление, внимание, память, личность и т.п. (онкология – отрицание болезни);
- 3) изучение психических проявлений различных болезней в их динамике (патопсихология дает нарушения без видимой клиники: в начале, в состоянии ремиссии и т.п.);
Психологические методы оказываются эффективными для выявления изменений в системе отношений пациента в связи с осуществляемой психокоррекционной работой
- 4) изучение нарушений развития психики (ребенок – истерика);
- 5) изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей средой (ятрогении. Упражнение на вчувствование-дистанцирование)
- 5) разработка принципов и методов психологического исследования в клинике;
- 6) создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Прикладное значение:

- В психологических лабораториях накоплены экспериментальные данные, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболеваний, которые могут быть дополнительным материалом в установлении **диагноза**;
- В психологическом эксперименте может быть поставлена задача анализа **структуры** психических нарушений больного, установления **степени** его психических нарушений, его интеллектуального снижения;
- Применение адекватных психологических исследований помогает определить характер действия новых лекарственных средств, их **эффективность**;
- Полученные в ходе патопсихологического исследования данные могут использоваться для анализа возможностей личности больного с точки зрения ее сохранившихся сторон и перспектив **компенсации** утраченных свойств - с целью выбора психотерапевтических мероприятий и проведения психической реабилитации.

Задачи патопсихологии:

- 1) профилактическую; (телефон доверия, кризисные стационары)
- 2) диагностическую; (чаще всего – дифференциальная диагностика). Диагностика аномалий психического развития ребенка и выбор путей обучения и переобучения.
- 3) экспертную (судебно-психологическая; трудовая, военная; педагогическая) - Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств.
- 4) коррекционную (индивидуальная и групповая);
- 5) реабилитационную; Патопсихолог должен установить, какие функции поражены, а какие сохранены, и определить способы компенсации в различных видах деятельности.
- 6) консультативную;
- 7) научно-исследовательскую и др.

Порядок проведения патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование включает следующие **этапы**.

1. Беседа с врачом и постановка задачи патопсихологического исследования. Изучение истории болезни

Лечащий врач должен сообщить патопсихологу основные клинические данные о больном и поставить перед психологом задачи патопсихологического исследования. Психолог конкретизирует для себя задачу исследования, подбирает необходимые методики и устанавливает порядок их предъявления больному. Врач должен объяснить больному цели патопсихологического исследования и тем самым способствовать выработке у него положительной мотивации.

2. Проведение патопсихологического исследования.

В первую очередь психологу нужно установить **контакт** с больным. От успешности установления психологического контакта между патопсихологом и испытуемым во многом зависит достоверность полученных в ходе патопсихологического исследования результатов. Прежде чем приступать к проведению эксперимента, необходимо убедиться, что контакт с больным установлен и больной понял цель исследования. Инструкция должна быть сформулирована четко и доступно для больного.

М. М. Костерева выделяет несколько видов отношений больного к патопсихологическому исследованию:

- 1) **активное** (больные с интересом включаются в эксперимент, адекватно реагируют как на успех, так и на неудачи, интересуются результатами исследования);
- 2) **настороженное** (сначала больные относятся к исследованию с подозрительностью, иронией или даже боятся его, но в процессе эксперимента неуверенность исчезает, больной начинает проявлять аккуратность и исполнительность; при данном типе отношения следует отметить «задержанную форму реагирования», когда наблюдаются расхождения между субъективными переживаниями испытуемого и внешним выразительным компонентом поведения);
- 3) **формально-ответственное** (больные выполняют требования психолога без личной заинтересованности, не интересуются результатами исследования);
- 4) **пассивное** (больному требуется дополнительная мотивация; установка на обследование отсутствует либо крайне неустойчивая);
- 5) **негативное или неадекватное** (больные отказываются от участия в исследовании, выполняют задания непоследовательно, не следуют инструкции).

Понятия симуляции, дисимуляции и аггравации.

Само исследование. Принципы патопсихологических исследований.

Исходя из отечественных патопсихологических работ, выделяют следующие принципы:

- Психологический эксперимент должен давать возможность исследовать психические нарушения **как нарушение деятельности** (поскольку психические процессы рассматриваются в психологии не как врожденные способности, а как такие, которые формируются при жизни). Он должен быть направлен на качественный анализ различных форм расстройства психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления.

- Принцип **качественного анализа** особенностей протекания психических процессов больного - важно не только то, какой сложности или какого объема задания больной осмыслил и выполнил, но и то, как он осмысливал, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно **анализ ошибок**, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, является важным материалом для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

- **Один и тот же патопсихологический симптом может обуславливаться разными механизмами и быть индикатором различных состояний.** Так, нарушение опосредованной памяти или неустойчивость суждений могут возникнуть вследствие нарушений умственной работоспособности больного, нарушений целенаправленности мотивов, или быть проявлением дезадаптации действий. Характер нарушений не является специфическим для данного заболевания. Он является лишь типичным для них и может быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования.

- **Патопсихологическое исследование осуществляется с помощью таких экспериментальных задач, которые могут актуализировать умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, мотивы, побуждающие эту деятельность.** При этом патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личное отношение к работе, самому себе, к результату работы и др.

- Строеение патопсихологического эксперимента должно предоставлять возможность обнаруживать **не только структуру измененных, но и структуру сохранных** форм психической деятельности больного. Это важно для решения вопроса восстановления нарушенных функций. Вопрос о сохранении данных встает особенно остро для выяснения, например, трудоспособности больного, возможности продолжать обучение...

- В патопсихологических исследованиях следует учитывать **отношение больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния.** Так, здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, «принимают» задачи, а психически больные иногда не только не стараются выполнить задание, а неправильно толкуют опыт или оказывают активное сопротивление инструкции.

«Дуракам закон не писан, если писан – то не читан, если читан, то не понят, если понят – то не так». Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут произнесены слова, в которые она должна вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на сказанные экспериментатором слова. При проведении этого самого эксперимента по негативистским больным часто возникает противоположный эффект: больной активно не хочет слушать. При таких условиях экспериментатор вынужден проводить эксперимент вроде «обходным путем»: произносит слова вроде нечаянно и регистрирует реакции больного. Нередко приходится экспериментировать с больным, который интерпретирует ситуацию исследования идеями бред, например, считает, что экспериментатор действует на него «гипнозом», «лучами». Понятно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается на способах выполнения задания, он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, оттягивает ответы и т.д. В таких случаях построение эксперимента должна быть изменена.

- **В патопсихологических исследованиях используется большое количество методик.**

Это объясняется тем, что:

- увеличивается достоверность;

- процесс распада психики не происходит одноуровневый. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целеустремленность личности.

- **Патопсихологические обследования детей не должны ограничиваться установлением качественной характеристики психических нарушений, а должны выявлять потенциальные возможности ребенка.**

Патопсихологический диагностический эксперимент имеет **специфические отличия** от традиционного тестового метода исследования в плане процедуры исследования и анализа результатов исследования

- анализ проводится по качественным показателям;

- отсутствие временного ограничения выполнения задания,

- исследование способа достижения результата,

- возможности использования помощи экспериментатора,

- речевые и эмоциональные реакции во время выполнения задания и т. п.).

Хотя сам стимульный материал методик может оставаться классическим. Именно это отличает патопсихологический эксперимент от традиционного психологического и психометрического (тестового) исследования.

3. Описание результатов, составление заключения по результатам исследования – пределы компетенции психолога. Делая выводы, патопсихолог должен учитывать все факторы, в том числе образование больного, его отношение к исследованию, а также его состояние во время проведения исследования.

Рекомендации к составлению психологических заключений

Подобно тому как не м.б. стандартного построения исследования, стереотипного набора методик, не м.б. и стандарта в составлении заключений. Каждое заключение составляется психологом с учетом поставленного клиникой перед психологом вопроса.

Схема Вассермана:

Блок 1. Результаты клиничко–психологического исследования

Описываются жалобы, самооценка состояния психических процессов и функций, настроения, самочувствия, субъективное восприятие симптомов болезни, характер предъявления симптомов болезни (демонстративный, ипохондрический, паранойяльный), поведение испытуемого в процессе обследования, отношение к ходу и результатам исследования (стремление к сотрудничеству, заинтересованность, активность, принятие критики, обучаемость, отгороженность, дистанцированность), установочные формы поведения и реакции испытуемого (агравация, симуляция, десимуляция)

Блок 2. Результаты экспериментально – психологического исследования

В вводной части характеризуется способность испытуемого понимать и удерживать в памяти инструкции к методикам, способность принимать помощь и корректировать ошибки.

В первой части излагаются результаты исследования познавательной деятельности испытуемого. Изложение материала от простого к сложному – от характеристики простейших сенсомоторных реакций до логической структуры мышления. Объектом обследования может также являться психомоторный темп, психическая продуктивность, функции активного внимания, процессы и виды памяти, пространственно – конструктивное и вербально – логическое мышление.

В следующей части представляются результаты исследования эмоционального состояния испытуемого в момент обследования, и результаты обследования его личностной сферы. Результаты исследования личностной сферы излагаются от описания более биологически обусловленных типологических свойств темперамента и характера, до более социально детерминированных характеристик, сложных подструктур личности (самосознание, ценностные ориентации). Может приводиться характеристика эмоционально – аффективной, мотивационно – волевой, поведенческой сферы личности, сферы межличностного взаимодействия, а также общая характеристика уровней и особенностей социальной адаптации. Указываются выявленные в исследовании личностные характеристики способствующие и препятствующие социальной адаптации (фрустрационная толерантность, способность к усвоению социальных норм). Могут характеризоваться сферы значимых отношений, внутриличностные конфликты, социально – психологические проблемы испытуемого, копинг – стратегии и копинг – ресурсы.

Блок 3. Выводы и резюме

Выводы отражающие наиболее важные данные, полученные в психодиагностическом обследовании. Данные формулируются в обобщенном виде. Часто используется систематика патопсихологических синдромов, могут также использоваться систематика нарушений мышления Зейгарник Б. В., типология акцентуаций характера и психопатий Личко А. Е. или

другие классификации. Допускается просто подчеркнуть основные индивидуальные особенности, нарушения и сохранные стороны психической деятельности исследуемого.

Общая схема Николаевой В.В., Соколовой Е.Т.

Блок 1.

В первой части заключения кратко описываются специфические жалобы больного на состояние умственной работоспособности, внимания, памяти, при этом игнорируются жалобы на общее состояние здоровья. Психолог должен оставаться в рамках своей компетентности, не подменять лечащего врача или другого специалиста, сообщая тем не менее ему об услышанном.

Блок 2.

Во второй части описывается то, как работал больной в ситуации психологического обследования (способность к критичной оценке своей деятельности, мотивация и интерес к работе, понимание смысла обследования). Информация этой части позволяет судить о личности испытуемого и может быть дополнена результатами проективных методов или специально организованной беседы с больным.

Блок 3.

В третьей части представляется информация о характере познавательной деятельности больного. Характеристика начинается с описания центрального нарушения, описывается психологический синдром нарушенной психической деятельности (не по методикам и не по процессам). При необходимости кратко приводятся выписки из протоколов.

Блок 4.

В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные в ходе обследования. Данные должны отражать структуру основного психологического синдрома. Также в резюме может содержаться информация о диагнозе заболевания, но опосредовано через описание выявленной структуры нарушений.

Допоміжні матеріали до теми 2.

НОРМА И ПАТОЛОГИЯ (РАССТРОЙСТВО)

1. Статистический подход

Быть нормальным значит быть, как все, соответствовать усредненному стандарту (среднестатистическому нормативу) оценки возможностей человека. **Статистическая норма** определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. (7+-2)

МКБ10 – оценка умственной отсталости по IQ.

Ниже 20 – глубокая умственная отсталость

20-34 – выраженная умственная отсталость

35-49 – умеренная умственная отсталость

50-70 – легкая умственная отсталость

71-84 - умственная отсталость близкая к норме

85-114 – НОРМА

115-124 – интеллект выше нормы

125-134 – высокий интеллект

135 и выше – гений

Статистические нормативы относительны, так как культурно обусловлены.

В качестве **критики** этого подхода можно принять следующий аргумент – статистически «нормальное» общество не будет развиваться и в итоге погибнет. Следовательно, необходимы вариации норматива для развития общества.

2. Адаптационный подход

Быть нормальным значит быть приспособленным, адаптированным.

При этом социальная адаптация является сужением приспособленности. Так Домбровский считал, что способность социально адаптироваться к любым условиям и на любом уровне свидетельствует о незрелости личности. Этот подход наиболее близок к целостному взгляду на человека, живущего в изменяющихся условиях. Болезнь, психические расстройства, отклонения, боль (патос) – все это примеры адаптации.

3. Психопатологический подход

Если ничего не болит, если отсутствуют какие бы то ни было симптомы, значит, ты здоров. Но в разных культурах разные симптомы болезни, к тому же около 80 % людей имеют хотя бы один симптом.

4. Понятие «нормы» смещается до границ индивида.

Каждый человек рассматривается по отношению к самому себе: каким он был, каким он стал. Таким образом, проблема нормы вовсе снимается.

5. Культурально-релятивистский подход

Нормальное – то, что соответствует представлениям данной культуры о норме.

В рамках этого подхода выделяют два вида нормы:

Поведенческая (она соответствует представлениям культуральной группы);

Ранговая (эти идеальные стандарты поведения, ожидаемые от лиц, имеющих определенный социальный статус, например, духовенство, врачи, учителя, судьи).

Но существуют универсальные психические расстройства, например, старческое слабоумие, которые не зависят ни от культуры, ни от ранга. (Амок, МДП в разных культурах).

Зависимость от **времени**: например, гомосексуализм раньше считался болезнью, а теперь это норма; раньше страсть к азартным играм считалась здоровьем, теперь это болезнь.

6. Гуманитарный (гуманистический) подход

Оценка нормы самой по себе, не в отношении патологии, при отсутствии дихотомии «норма-патология».

Этот подход тесно связан с теорией личности.

Норма – это человек самоусовершенствующийся, самоактуализирующийся.

А. Маслоу предлагает следующие характеристики самоактуализирующихся личностей:

- * эффективное восприятие реальности, устойчивость к тому, что воспринимается;
- * принятие себя, других, природы; отсутствие стыда, вины, тревоги;
- * непосредственность, простота, естественность;
- * центрированность на цели;
- * независимость и наличие потребности в уединении от суеты;
- * автономия, т.е. независимость от культуры и окружения; наличие ответственности за свою судьбу;
- * спокойное отношение к социальным поощрениям;
- * свежесть восприятия, открытость новым впечатлениям, умение радоваться жизни;
- * вершинные переживания, состояния подъема и экстаза;
- * глубокие межличностные отношения;
- * разграничение целей и средств;
- * философское чувство юмора;
- * сопротивление окультуриванию.

Фромм выделяет следующие характерные черты нормы:

- * продуктивная деятельность, т.е. созидание;
- * связь человека с внешним миром через эмоции и переживания;
- * постижение объективной реальности своим интеллектом;

- * осознание собственной неповторимости при наличии связи с близкими и с другими людьми;
- * отсутствие признания иррациональных авторитетов, но охотное подчинение рациональным;
- * постоянное возрождение нормального человека;
- * нормальный человек смотрит на жизнь как на величайшее из дарованных ему благ.

Братусь: Нормальное развитие – это переход от восприятия другого как объекта, как инструмента, к восприятию его как субъекта, как самооценности. Многообразие этих характеристик ограничивает возможности их использования в диагностической практике.

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния.

Определение психического расстройства опирается на **три базовых критерия:**

1) отдельные типы реакций, *превышающие статистически выявленную частоту их возникновения* у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством); Парестезии (?)

2) состояния, *мешающие человеку* адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или *приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям*.

С позиции двузначной системы логики, исходящей из признания только двух значений - истина и ложь, предложенная классификация антиподов (норма, патология) сомнений не вызывает. Но двузначная логическая система приемлема лишь для суждений в рамках классической формальной логики. Для диалектической логики она не подходит, поскольку та соотносит свои построения с объектами, находящимися в развитии, в переходном состоянии. “Между условными полюсами “нормы” и “патологии” находится обширное поле отклонений, аномалий развития” - подчеркивает Б.С. Братусь, отражая, таким образом, переходное состояние явлений, динамику объектов. Учет динамики развития явлений, а также переходного состояния между здоровьем и болезнью как гомологами нормы и патологии, или пограничного состояния, называемое специалистами “предболезнь”, дает возможность выделить **трехступенчатую иерархию психических особенностей: норма, патология и аномалия**. При этом норма есть баланс сил, патология - крайняя противоположность нормы, а аномалия - переходное состояние между двумя антиподами (пограничное состояние).

Согласно определению в медицинском словаре, **дефект** (defectus; лат. отпадение, убывание, недостаток) - в психиатрии форма изменения личности, характеризующаяся обеднением, упрощением преимущественно высших ее свойств и утратой прежних возможностей, наблюдающаяся при различных болезнях и травмах головного мозга.

Л.С. Выготский ввел понятие о **первичном и вторичном дефектах**. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные - имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической

коррекции. «Наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции по сравнению с элементарными»

Интеллектуальная недостаточность, возникающая в результате первичного дефекта -- органического поражения головного мозга, порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, проявляющихся в ходе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли.

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

На **социальном** уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний **здоровья и болезни**.

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: *негативный* и *позитивный*.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме.

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

- 1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;
- 2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;
- 3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии психического здоровья по определению ВОЗ:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я» (идентичность);
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Уровни психического здоровья (согласно ВОЗ):

Эталонное здоровье (идеальное) – полная адаптация индивида, гармоническое развитие, позитивно представлены все критерии психического здоровья, не просматривается вероятность психических расстройств.

Среднестатистический уровень – состояние показателей психики соответствует популяционным с учетом пола, возраста, социального положения, социокультурных условий и прочего. На этом уровне есть вероятность расстройств поведения и психики (кризисы индивидуального развития).

Конституциональный уровень – связан с типологиями устройства психики и тела. На этом уровне существует группа риска по причине телосложения.

Уровень акцентуаций – заострение личностных черт характера. В результате этого человек делается уязвимым.

Предболезнь – наличие отдельных симптомов психического расстройства.

С вероятностью в 92 % такие симптомы, как головная боль, расстройства сна, утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, тревожность, могут перейти в болезнь.

Братусь выделяет 3 уровня психического здоровья:

- высший или личностно-смысловой
- индивидуально-исполнительный, т.е. уровень реализации деятельности;
- психофизиологический уровень (особенности нервных процессов).

В определении болезни существуют две точки зрения:

1) болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом;

2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным.

(Они могут совпадать и не совпадать: есть 1 нет 2 – шизофреники; есть 2 нет 1 – ипохондрики)

Конструкт болезни, существующий в европейской культуре, можно выразить следующим образом:



Таким образом, конструкт болезни предполагает такую последовательность: причина — дефект — картина — следствия.

Альтернативные конструкты болезни.

Во-первых, психические и поведенческие отклонения можно интерпретировать как выражение *нарушенных процессов в системе социального взаимодействия*.

Во-вторых, психические и поведенческие отклонения можно рассматривать не как проявление внутреннего дефекта, а как *крайнюю степень выраженности* отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов.

В-третьих, психические и поведенческие отклонения могут быть рассмотрены как следствие *задержки естественного процесса личностного роста* (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы).

Все перечисленные альтернативные конструкты болезни акцентируют внимание на том, что граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также наше видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. Стоит изменить модель болезни, как многое из того, что сегодня считается психическим заболеванием или патологией, может оказаться крайним вариантом нормы.

06.04.2020

Замість лекцій з курсу «Патопсихологія», що повинні були бути прочитані 6-го квітня студентам 3-го курсу, в межах дистанційної форми навчання їм треба буде самостійно опрацювати нижченаведену літературу та написати реферати (обсягом до 5 сторінок) на теми:

3.Тема: «Моделі психічних захворювань» (0-1 бал), висвітливши наступні питання: Редуковані моделі психічних хвороб: біологічні, психологічні, соціальні. Багатофакторні - біопсихосоціальні - моделі психічних захворювань. Діатез-стрес-буферна модель.

1. Клиническая психология : в 4 т. : учебник / под ред. А. Б.Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, М.С.Радионова, Н.В.Тарабрина. — М. : Издательский центр «Академия», 2012. — 432 с.
2. Холмогорова А.Б. Клиническая психология. Т.1. Общая патопсихология. — М.: «Академия», 2010. — 464 с.
3. Холмогорова А.Б. — «Клиническая психология. В 4 томах. Том 1. Общая патопсихология» - М, 2010

http://www.phantastike.com/common_psychology/clinical_psy_1/zip/

http://lib100.com/common_psychology/clinical_psy_1/djvu/

Допоміжні матеріали до теми 3.

Историческое развитие психологических исследований психической патологии можно представить как доминирование разных моделей: 1) *описательных или феноменологических*, направленных на выявление характера психологических нарушений при различных расстройствах; 2) *объяснительных*, сниженных с поиском психологических механизмов или некоторых общих закономерностей, стоящих за феноменологией нарушений при разных расстройствах; 3) *этиологических*, нацеленных на социальные и психологические факторы, оказывающие влияние на возникновение и течение психических расстройств.

На современном этапе развития клинической психологии как неклассической науки эмпирические исследования и психотерапевтическая практика все чаще строятся на основе системных **биопсихосоциальных моделей**, направленных на интеграцию наиболее обоснованных гипотез, эвристичных идей и эффективных методов, накопленных в разных школах и традициях.

На развитие современных системных многофакторных моделей психической нормы и патологии значительное влияние оказала **теория стресса**. Автором и главным разработчиком теории стресса является канадский ученый **Ганс Селье** (Селье Г. — 1982), изучавший биологические реакции животных и человека в ответ на различные воздействия среды. Он определил **стресс как неспецифическую реакцию организма на**

различные требования среды или стрессоры. Негативные стрессоры при определенных условиях (продолжительность и сила воздействия, исходное состояние организма) могут приводить к **дистрессу — различным нарушениям в функционировании организма.**

На основе концепции стресса возникла так называемая **диатез-стрессовая модель психических расстройств**, ставшая важной методологической основой современных эмпирических исследований в психиатрии и клинической психологии. Согласно этой модели имеются разные виды предрасположенности к психической патологии, которые и получили название «диатеза» — «слабого звена» в организме или психической организации человека. Идея «слабого звена» являлась одним из важных положений теории биологического стресса Г. Селье. Она позволяла объяснить возникновение спектра специфических реакций на определенные стрессоры и, в частности, ответить на вопрос, почему наряду с общими неспецифическими изменениями у разных людей в результате дистресса, вызванного сходными стрессорами, отмечается специфическая патология того или иного органа. Изначально ослабленный орган и представлял собой, согласно Г.Селье, то самое «слабое звено в цепи», или фактор уязвимости, составляющий наиболее вероятную брешь.

Одним из путей интеграции данной концепции в психологию стала разработка представлений о **психологическом стрессе**, начатая американским психологом когнитивного направления **Рихардом Лазарусом**. Согласно его концепции источником дистресса могут быть не только вредные внешние воздействия, но и неэффективные психологические процессы переработки информации.

Таким образом, были выделены **факторы уязвимости, которые повышают риск возникновения болезни** (В современных классификациях видов психической патологии термин «болезнь» заменен на термин «расстройство» в целях дестигматизации и акцентирования отличия от соматической патологии) и могут быть: 1) неспецифическими (т.е. повышать риск целого спектра заболеваний) и специфическими (предрасполагающими к определенным формам патологии); 2) носить биологический (особенности нервной системы, нейротрансмиттерная регуляция) или психологический (психологические процессы и свойства) характер.

В рамках моделей психической патологии факторы уязвимости рассматриваются как своеобразный **диатез** — предрасположенность или предрасположенность к определенному рода патологическим реакциям или расстройствам. Сами по себе эти факторы не ведут к психическому расстройству, они «срабатывают» под воздействием неблагоприятных стрессоров — факторов, провоцирующих манифестацию заболевания. Таким образом, в диатез-стрессовой модели выделяются две группы факторов: **факторы риска, или уязвимости и стрессовые факторы, или стрессоры.**

В психиатрии одна из первых диатез-стрессовых моделей была предложена **Джозефом Зубиным** для синтеза различных данных относительно гипотетической этиологии шизофрении. Постепенно диатез-стрессовые модели стали все более широко применяться для интеграции данных, касающихся других психических расстройств, а различные виды факторов получали все более детальное описание.

Дж. Зубин и его последователи выделяли также **факторы-модераторы**, опосредствующие воздействие стрессоров на уязвимость, усиливая или ослабляя его. В первом случае они выступают в роли дополнительных стрессоров, во втором — играют роль своеобразных **буферов**, смягчающих деструктивное влияние стрессоров на психику. Так, Р. Лазарус предложил **стресс-копинговую модель** для учета психологических факторов, направленных на совладание со стрессом (Lazarus R. — 1966). В концепции делается акцент на когнитивных процессах (оценка угрозы и собственной способности справиться с ней) и поведении, направленном на копинг, или совладание со стрессом. Копинг может быть эффективным, а может, напротив, провоцировать и усиливать состояние дистресса (например, систематическое употребление наркотиков или алкоголя для ситуативного снятия напряжения). **Стратегии совладающего поведения** стали важным предметом исследования в клинической психологии.

Таким образом, наряду с факторами уязвимости и стрессорами можно выделить так называемые **протективные факторы**, ослабляющие воздействие неблагоприятных стрессовых воздействий и играющие роль буфера. В опоре на рассмотренные выше представления в клинической психологии и психиатрии разрабатываются так называемые **диатез-стресс-буферные модели психической патологии**, которые охватывают все три вида выделенных факторов: 1) повышающих уязвимость (диатезов); 2) воздействующих на уязвимость (стрессоров); 3) ослабляющих воздействие стрессоров (буферов).

Эти три вида факторов могут быть также дополнительно классифицированы по разным основаниям. Так по тяжести и длительности воздействия выделяются следующие виды стрессоров: **микрострессоры**, или повседневные перегрузки (*daily hassels*), **макрострессоры**, или критические, изменяющие жизнь события (*stressful life events*), а также тяжелый, или **травматический, стресс** (*traumatic stress* — экстремальные события или перегрузки, выходящие за рамки обычного опыта).

Исторически первой возникла **концепция макрострессоров, или критических, изменяющих жизнь событий**. Эта концепция естественно вытекала из наблюдений психотерапевтов, прежде всего психоаналитиков, касающихся прошлых травм в генезе психических расстройств. Первое эмпирическое исследование было проведено Т.Холмсом и Р. Рахе (Holms T., Rahe R. — 1967), которые составили опросник, включающий 43 жизненных события, носящих стрессогенный характер. Это такие события, которые

радикально меняют течение жизни и ставят человека перед необходимостью приспособливаться к новым условиям. Наиболее тяжелым стрессогенным событием для большинства выступила смерть супруга.

Авторы исследования предположили, что существует критическая концентрация стрессогенных жизненных событий, которая приводит к физическим и психическим болезням (концепция стрессогенных жизненных событий). Она получила широкий резонанс, но была подвергнута критике, так как устанавливала чрезмерно прямые механические связи между критическим событием и болезнью, без учета факторов уязвимости и ресурсов — буферных факторов, опосредствующих влияние стресса.

В последние годы все большая роль в генезе психических расстройств отводится *повседневным стрессорам*, или *микрострессорам*. Группа американских исследователей (Kanner A. D., Coyne J.S., Schaefer C, Lazarus R. S. — 1981) предположила, что ежедневные перегрузки (такие как недовольство своим весом и внешностью, конфликты, серьезные проблемы с состоянием здоровья у кого-то из членов семьи, рост цен, проблемы ведения хозяйства) могут приводить к психическим и соматическим дисфункциям и, кроме того, усиливать действия макрострессоров (так, потеря партнера влечет за собой бесчисленное множество повседневных мелких стрессов, связанных с перестройкой образа жизни).

В особую группу последнее время выделяют так называемые хронические перегрузки, или *хронические стрессоры*, — достаточно тяжелые и постоянные. В нашей стране одним из наиболее распространенных хронических стрессоров является алкоголизация кого-то из членов семьи.

В последние десятилетия возникло особое направление, которое занимается проблемой экстремальных нагрузок, получивших название *травматического стресса* — стресса, превышающего возможности совладания данного индивида и связанного с воздействием экстремальных стрессоров. В новых классификациях существует отдельная диагностическая категория — ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство, а также выделен целый кластер расстройств, возникновение которых непосредственно связано с действием сильных стрессоров.

Стрессоры могут быть также классифицированы на группы по своим источникам: *биологические* (соматическая болезнь, неблагоприятная экология и др.); *социальные* (война, экономический кризис и др.); *психологические* (конфликты в семье, потеря близкого человека и др.). Их воздействие на психику человека является сложным и опосредствовано буферными факторами и факторами уязвимости.

Факторы уязвимости или риска, в свою очередь, можно отнести к биологическим, социальным или психологическим: особенности наследственности (например, генетическая отягощенность); неблагоприятная социальная среда (например, воспитание в условиях

детского дома); определенные особенности личности и поведения (например, инфантильность, низкая самооценка и т.п.). То же самое касается *протективных (защитных) факторов*, которые могут относиться как к биологическому уровню (благоприятная наследственность, хорошие экологические условия жизни и др.), так и к социально-психологическим факторам (поддерживающая конструктивная социальная среда, эффективный личностный стиль совладания со стрессом и др.).

Вот уже более 30 лет прошло со времени публикации исторической статьи Дж.Энгеля «Потребность в новой медицинской модели: вызов биологической медицине» (Engel G. — 1977), но перестройка в направлении предложенной им системной био-психо-социальной модели происходит очень медленно и трудно. Знание о конкретных психических расстройствах в современной клинической психологии и психиатрии базируется на соединении двух типов моделей, во многом определяющих исследовательскую методологию и практику помощи пациентам: *биопсихосоциальных*, основанных на системном подходе, и *диатез-стресс-буферных*, основанных на теории стресса.

Тема 4. «Розлади пізнавальної сфери та способи їх клінічного дослідження» (0-1 бал), висвітливши наступні питання: розлади відчуття, сприйняття та уваги і методи їх виявлення в клініці.

Допоміжні матеріали до теми 4.

Розлади відчуття. При класифікації розладів відчуття розрізняють кількісні і якісні порушення відчуття. До кількісних порушень відносять розлади, пов'язані з змінами порогів відчуття. Серед них виділяють *гіперстезію* – підвищення чутливості, посилення здатності відчувати різноманітні види подразнень; *гіпостезію* – зниження здатності відчувати подразнення та *анестезію* – втрату здатності відчувати подразнення.

Розлади відчуття можуть мати органічну або функціональну основу. Так, описана лепрозна анестезія, яка виникає як результат специфічного ураження рецепторів шкіри при лепрі та характеризується послідовним ослабленням і втратою спочатку температурної, потім больової, а згодом і тактильної чутливості, при тому що пропріоцептивна чутливість довго зберігається. Добре відома й істерична анестезія, для якої характерна функціональна втрата чутливості у хворих, тобто за відсутності органічного ураження рецепторів, нервів та нервових центрів. В межах істеричної анестезії описані розлади больової чутливості по типу «панчох та рукавичок». Вони проявляються особливим видом розладів больової чутливості, за якого відмічаються чіткі межі порушень чутливості, що не відповідають зонам інервації певних нервових коренців чи нервів.

Крім гіпо-, гіпер-, анестезії, при яких порушуються кількісні показники, виділяють ще й якісні розлади відчуття, наприклад, *парестезії*, які проявляються неприємним відчуттям оніміння, покалування, печіння, повзання мурах тощо. При цьому хворі стають метушливими, непосидючими, тривожними. В них відмічається підвищена чутливість до стикання шкіри з постільною білизною, одягом тощо.

Іншим різновидом якісних розладів відчуття часто вважають *синестезію* – виникнення відчуття в одному з аналізаторів після подразнення іншого аналізатору. Наприклад, пацієнт може відчувати неприємні смакові відчуття при певних зорових подразненнях.

Сенестопатії – патологічні відчуття, як правило, неприємні й болісні, що не мають соматичної основи («сухість у шлунку»). Проявляються відчуттям печіння, сдавлювання, стягування тощо й супроводжуються переживанням їх незвичності й відмінності від звичайних відчуттів. Вони виникають в різних частинах тіла, не відповідають за локалізацією певним анатомічним утворенням та слугують основою для іпохондричних ідей та марення.

Розлади сприйняття

Агнозії – розлади процесів впізнавання подразників зовнішнього середовища (оптичних, акустичних, тактильних, нюхових, смакових) або частин власного тіла, що виникають, як правило, внаслідок пошкодження певних коркових зон головного мозку при збереженні цілісності органів чуття. Так, хворий бачить предмет, але назвати його не може. (Наприклад, подивившись на малюнок, на якому зображені окуляри, він говорить, що це велосипед). В основі справжніх агнозій лежить розлад синтезу відчуттів або співвіднесення з попереднім досвідом.

Крім справжніх агнозій виділяють також *псевдоагнозії*, які спостерігаються у хворих з лобним синдромом. Характерне для цих хворих порушення довільності усіх процесів призводить до того, що хворі не стільки не можуть, скільки «не хочуть» впізнати те, що пропонується. Вони не здійснюють активного пошукового процесу. Проте наполягання експериментатора («Будь ласка, подивись уважніше») призводить до того, що хворий дає правильну відповідь

Галюцинації - сприйняття, що виникає без реально існуючого об'єкта. Галюцинації ділять по різних видах аналізаторів, у яких вони виникають: зорові, слухові, тактильні, нюхові, смакові, галюцинації загального чуття.

Зорові галюцинації бувають безформними - полум'я, туман, дим (фотопсії) і предметними; натуральної, зменшеної, збільшеної і гігантської величини; безбарвними, природно пофарбованими або вкрай інтенсивного фарбування; рухливими або нерухливими; немінливими по змісту, стабільними, і постійно мінливими у вигляді різноманітних подій, що розігруються як на сцені або як на кіноекрані. Зміст галюцинацій може бути страшаючим, викликати жах або, навпаки, викликати цікавість, замилювання.

Слухові галюцинації розділяють на слухові образи окремих звуків, гудків, шумів, пострілів тощо і фонему, або вербальні галюцинації (слова, розмови). За інтенсивністю слухові галюцинації бувають тихими, голосними, натуральними. Зміст їх може бути байдужим, загрозливим, лиховісним, попереджуючим, пророчим. Виділяють галюцинації, що коментують (голос або голоси висловлюють думку про кожен дію хворого) і імперативні (голос або голоси наказують робити ту або іншу дію).

Нюхові галюцинації - поява різноманітних уявних запахів різної інтенсивності - від злегка відчутних до задушливих. Смакові галюцинації - відчуття смаку, не властивого прийнятій їжі, частіше неприємного й огидного. Тактильні галюцинації - відчуття повзання по тілу комах, хробаків, відчуття на поверхні тіла або під шкірою сторонніх предметів. Вісцеральні галюцинації - відчуття наявності в порожнині тіла (звичайно в животі) сторонніх предметів, живих істот, нерухливих або таких, що ворухаються або пересуваються (наприклад, жаб). Складні галюцинації - одночасне співіснування різних видів галюцинацій (зорових, слухових і т.п.).

Галюцинації поділяються на *справжні* та *псевдогалюцинації*. Псевдогалюцинації як і справжні галюцинації, виникають без наявності реального об'єкта. Проте, на відміну від справжніх галюцинацій, образи псевдогалюцинацій не ототожнюються з реальними предметами і явищами, тобто позбавлені характеру об'єктивної реальності, а також ці галюцинації не проєктуються назовні, а перебувають усередині голови або тіла (хворий чує «усередині голови», бачить «внутрішнім оком»). Ще одна важлива відмінність: хворі стверджують, що те, що вони чують або бачать, є результатом зовнішнього впливу, тобто тут завжди є відчуття насилля, «поробленості».

Ілюзії - помилкове, перекручене сприйняття реально існуючого об'єкту за допомогою зору або слуха (зорові й слухові ілюзії).

Деперсоналізація - розлад схеми тіла, перекручене відчуття форми або величини свого тіла, положення його в просторі.

Дереалізація - розлад сприйняття навколишнього з почуттям примарності навколишнього світу. Зовнішній світ сприймається віддаленим, невиразним, застиглим, безбарвним, силуетним. Все навколишнє здається зміненим, невизначеним, неясним. Часто супроводжується втратою почуття дійсності, появою сумніву в реальності існування навколишніх предметів, людей, тощо.

Близькими до дереалізації є феномени **«ніколи не баченого»** (jamaïs vu), наприклад знайома місцевість сприймається начебто вперше побачена, і **«раніше баченого»** (deja vu), коли в незнайомій місцевості й приміщенні виникає почуття, начебто людина вже тут була.

Як приклади методів, які використовуються для дослідження розладів сприйняття, можна назвати наступні:

- сприйняття в умовах дефіциту часу (за допомогою тахістоскопу);
- сприйняття контурних та силуетних зображень;
- сприйняття «зашумлених» зображень (наприклад, контурні фігурки перекреслені ламаними лініями або складені з окремих елементів і включені в складне оптичне поле) тощо.

Розлади уваги

Розлади уваги – це порушення, що спостерігаються при втомленні та при органічних пошкодженнях мозку, передусім – лобних долей. Вони характеризуються неадекватними змінами спрямованості та виборності цілісної діяльності та порушеннями координації окремих дій. Можуть проявлятися в звуженні об'єму уваги, в її нестійкості (відволікаємості на побічні подразники), в різкому погіршенні розподілу уваги та її переключення. При ураженні лобних долей мозку і пов'язаних з ними неспецифічних структур розлади уваги можуть бути неспецифічними і проявлятися в багатьох видах діяльності. При ураженні певної аналізаторної системи розлади уваги можуть бути модально-специфічними й проявлятися в роботі тільки однієї модальності.

У клінічній практиці частіше за інші розлади уваги спостерігається підвищене відволікання. Хворим важко зосереджуватися на одному об'єкті або діяльності. Увага їхня нестійка, сторонні подразники, у тому числі й малоцікаві, можуть порушувати зосередженість уваги і діяльність хворого. Відволікання хворих буває настільки сильне, що вони не можуть зосередитися на запитаннях психолога, постійно переключаються з однієї думки на іншу.

Здатність людини довільно і свідомо змінювати спрямованість своєї діяльності забезпечується переключенням уваги. Швидкість переключення уваги залежить від

рухливості нервових процесів. При певних захворюваннях (наприклад, при епілепсії) ця швидкість суттєво погіршується. Зручним способом дослідження цього є використання «Червоно-чорної таблиці Ф.Д.Горбова.

Зосередженість уваги залежить від мотивації діяльності та індивідуальних якостей людини. Якісною характеристикою зосереджуваності уваги людини на об'єкті є рівень її концентрації, який може суттєво знижуватись при певних захворюваннях. Найпопулярнішим способом виявлення цього є «Коректурна проба».

Тема 5. «Розлади мислення та пам'яті». Класифікація розладів мислення за Б.В.Зейгарнік. Способи їх виявлення. Класифікація розладів пам'яті за Б.В.Зейгарнік. Способи їх виявлення. Клінічні класифікації розладів мислення та пам'яті.

Допоміжні матеріали до теми 3.

Розлади мислення В патопсихології класифікація розладів мислення була запропонована Б.В.Зейгарнік. Вона виділяла такі різновиди:

1. **Розлад операційної сторони мислення.** Серед операцій мислення найбільша увага була прикута до процесу узагальнення. Тут виділялися дві форми порушень: зниження процесу узагальнення та його спотворення.

Зниження процесу узагальнення полягає в тому, що хворий (найтипівіший приклад – хворий на олігофренію) або взагалі неспроможний знайти щось спільне між двома об'єктами або ж здійснює узагальнення найпримітивнішого типу – на основі конкретно-ситуативних ознак. Узагальнення за ситуативною ознакою спостерігається у хворих, які об'єднують предмети чи явища покладаючись на їх віднесення до однієї і тієї ж ситуації (наприклад, класифікуючи картки з малюнками, об'єднують малюнки «жінки», «каструлі», «ложки», «картоплі», «цибулі», «капусти» й «буряка» у групу під назвою «Мама варить борщ»). Об'єднання за конкретними ознаками полягає в тому, що хворий для узагальнення використовує не абстрактні – категоріальні, функціональні тощо – характеристики, а ті, що можна сприйняти: «одного кольору», «у обох чотири ноги» і т.п.

Спотворення процесу узагальнення полягає в тому, що хворий (найтипівіший приклад – хворий на шизофренію) об'єднує предмети чи явища, використовуючи нестандартні, другорядні, латентні, несуттєві ознаки. (Скажімо, «коза», «риба», «пила» й «слон» об'єднуються в групу слів, що мають 4 букви).

Для дослідження розладів процесу узагальнення користуються методами «Порівняння», «Класифікації», «Виключення» тощо.

2. Розлад динаміки мислення

Як і в попередньому порушенні Зейгарнік виділяла в межах цього розладу два варіанти: лабільність та інертність мислення.

Лабільність мислення - збільшення кількості асоціацій, що утворюються в кожний проміжок часу, полегшення асоціативного процесу. У виражених випадках прискорення мислення доходить до скачки ідей, при якій спостерігається безперервна зміна однієї незакінченої думки іншою.

Інертність мислення розуміється Зейгарнік як уповільнення мислення чи його в'язкість. Виникнення асоціацій уповільнюється, число асоціацій зменшується, зміст їх стає бідним і одноманітним. Утворення нових асоціацій може уповільнюватися внаслідок тривалого домінування попередніх. Це виражається у в'язкості мислення, зниженні його продуктивності. Наступає втрата здатності виділення головного з другорядного, істотного з несуттєвого.

Методами, за допомогою яких можна дослідити розлади динаміки мислення є «Пояснення прислів'я», методика «Називання 50 слів» тощо.

3. Розлад мотиваційної сторони мислення

Виділяються два варіанти розладів мотиваційної сторони мислення – резонерство й різноплановість.

Резонерством називають схильність до безплідного мудрування. Воно полягає в претензійно-оціночній позиції хворого й схильності до серйозних узагальнень по відношенню до незначних об'єктів суджень. Афективність проявляється і в самій формі висловлювання. Одним з методів, за допомогою якого можна дослідити це відхилення, може бути методика «Визначення понять». (Наприклад, «Кінь – це тварина, яка в дореволюційній Росії заміняла працю людини в багатьох процесах її роботи, а також була предметом захоплення любителів»).

Різноплановість полягає в тому, що судження хворих про щось проходять в різних площинах. Дослідники дещо по-різному трактують це відхилення. Для одних різноплановість полягає в зісковзуванні з однієї думки, одного принципу на інший (скажімо,

при класифікації: «Люди поділяються на чорнявих, білявих та блакитнооких»). Для інших - різноплановість це безкінечна варіативність рішень без надання пріоритету будь-якому з них (приклад з виконання методики «Виключення четвертого» з праць В.М.Блейхера: «Здесь могут быть три плана. Первый план – я исключаю очки. При этом я руководствуюсь нежеланием слепоты духовной. Очки – это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план – при рассмотрении с позиций человеческой необходимости, использования в быту – нужны все 4 предмета. Есть и третий план – все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе»).

4.Розлад критичності мислення. Це відхилення полягає в тому, що хворий не помічає своїх помилок при виконанні будь-яких розумових завдань, більше того – може, навіть, не реагувати на критику, на вказівки на помилки, які надає експериментатор. Виявлення цього розладу можливе при виконання різних інтелектуальних завдань, проте, можна користуватися й більш вузько спеціалізованими методами, наприклад, пробою Ебінгауза. Ця методика являє собою текст з пропущеними словами. Завдання хворому – вставити пропущені слова так, щоб зберігся зміст оповідання. Хворі з некритичним мисленням вставляють слова, керуючись в найкращому випадку тільки граматичною узгодженістю чи відповідністю вставленого слова до змісту попереднього слова чи речення, не враховуючи смисл тексту в цілому.

Клінічна класифікація розладів мислення в чомусь пересікається з класифікацією Зейгарнік, а в чомусь – доповнює її. Всі розлади мислення в ній діляться на дві групи – відхилення за формою і відхилення за змістом. До перших відносять:

Прискорення мислення – те ж саме, що лабільність мислення в класифікації Зейгарнік.

Уповільнення мислення - виникнення асоціацій у край уповільнюється, число асоціацій зменшується, зміст їх стає бідним і одноманітним. Хворі скаржаться на втрату здатності до мислення, ослаблення розумових здатностей, інтелектуальне отупіння.

Незв'язність мислення - втрата здатності до утворення асоціацій, до з'єднання образів сприйняття, понять, до відбиття дійсності в її зв'язках і відносинах. Це втрата здатності до найелементарніших узагальнень, до здійснення аналізу й синтезу. Мова хворих при цьому представляє набір лів, не зв'язаних змістом.

Докладність мислення - утворення нових асоціацій у край уповільнюється внаслідок тривалого домінування попередніх. Виражається у в'язкості мислення, зниженні його

продуктивності. Наступає втрата здатності виділення головного з другорядного, істотного з несуттєвого.

Персеверації та стереотипії мислення - тривале домінування при загальному різко вираженому утрудненні асоціативного процесу однієї думки або судження. Проявляється в тому, що на різні питання дається однакова відповідь за рахунок домінування у свідомості обмеженого числа думок.

Розірваність мислення – при збереженні форми – граматичної побудови мовлення – повністю втрачається його зміст. (Наприклад: «Підтримуючи вашу зацікавленість і повністю поділяючи ваші погляди, я міг би опуститися до рівня найближчого підвіконня. І в тому, і в іншому випадку це було б правильно, оскільки не можна потрапити в небо тільки одним пальцем»).

Резонерство – те ж саме, що і у Зейгарнік..

Шперрунги - мимовільні обриви думок.

До розладів мислення за змістом відносяться наступні види:

Марення - помилковий умовивід, що, по-перше, не відповідає дійсності, перекручено її відбиває, по-друге, повністю опановує свідомість хворого, залишається, незважаючи на явне протиріччя з дійсністю, недоступним корекції. Визначальними властивостями марення є непохитне переконання, помилкове обґрунтування, порушення логіки судження, тобто поява «кривої логіки», коли висновки не випливають із передумов.

Виділяють два види марення. У першому випадку порушується в основному раціональне, логічне пізнання. Порушено логіку міркувань, перекручені помилкові судження підкріплюються ланцюгом доказів, що мають суб'єктивну логіку. При цьому патологічному тлумаченню піддаються всі події навколишнього, у зв'язку із чим первинне марення часто називають маренням тлумачення, інтелектуальним маренням. Почуттєве пізнання при цьому не страждає. По змісту первинне марення ділиться на марення винахідництва, реформаторства, ревнощів тощо.

Марення образне (почуттєве) на відміну від первинного інтелектуального марення виражається в порушенні не тільки раціонального, але й почуттєвого пізнання. Воно переважно носить наочний характер з перевагою уяви, фантазій, мрій. Маячні ідеї фрагментарні, в них багато неясного, непослідовного. Вони виникають без системи, на відміну від первинного марення вони не доводяться, приймаються як даність. У свідомості

калейдоскопично проноситься рій образів. Почуттєве марення нерідко супроводжується розгубленістю, тривогою. У вчинках хворих при цьому нерідко переважають раптовість і мимовільність. При ньому, як правило, не настає необоротних (як при первинному маренні) змін особистості. Залежно від афекту (депресія, манія) зміст афективного марення буває різним. При депресії може виникати марення самозвинувачення, самознищення, гріховності, марення загибелі тощо. При маніакальній зміні афекту виникають маячні ідеї переваги, виняткової талановитості, фізичної сили, величі.

Надцінні ідеї - судження, що виникають у результаті реальних обставин, але займають надалі невідповідне їхньому значенню пріоритетне положення у свідомості людини з розвитком надмірної емоційної напруги. На відміну від марення вони виникають як патологічне перетворення природної реакції на реальні події. Для марення ж характерно із самого початку патологічне тлумачення дійсності. Надцінні ідеї, незважаючи на домінуюче положення у свідомості, не стають поглядом, їх поява не супроводжується зміною особистості, що характерно для марення. Через деякий час надцінні ідеї при сприятливих обставинах втрачають свою інтенсивність і зникають.

Розлади пам'яті. Б.В.Зейгапнік виділила наступні розлади пам'яті:

1. *Порушення неопосередкованої пам'яті.* Цей розлад проявляється в тому, що об'єм запам'ятовування у хворого різко знижується. Найпростішим способом виявлення цього розладу в клініці є проба на запам'ятовування 10 слів. Відомо, що нормативний об'єм відтворення складає 7 плюс-мінус 2 стимула. Зрозуміло, що відтворення меншої кількості стимулів буде свідчити про порушення неопосередкованої пам'яті.

2. *Порушення динаміки мнестичної діяльності.* Відомо, що в нормі кількість відтворених стимулів повинна збільшуватись із збільшенням кількості повторень. Будь-які варіанти відхилення від цієї закономірності розглядаються як порушення динаміки мнестичної діяльності. Відповідно, найпростішим способом виявлення цього розладу може бути неодноразове виконання проби на запам'ятовування 10 слів. Аналізується крива відтворення при графічному зображенні цієї динаміки.

3. *Порушення опосередкованої пам'яті.* Об'єктом дослідження у цьому випадку стає запам'ятовування, що виконується за допомогою певних допоміжних засобів – спеціальних мнемотехнічних прийомів, картинок, малюнків тощо. Відомо, що у здорової дорослої людини об'єм опосередкованого запам'ятовування повинен бути більшим, ніж той, який спостерігається без використання допоміжних засобів. Останнє й перевіряється в спеціальних експериментах. Крім того, потребує дослідження й сам процес

опосередковування, ті допоміжні засоби, які можуть використовуватись хворою людиною для запам'ятовування. Найбільш популярним в клініці методом дослідження цього є методика «Піктограми».

Клінічна класифікація розладів пам'яті включає наступні варіанти:

Дисмнезії - різні види ослаблення пам'яті у вигляді зниження здатності запам'ятовування, збереження й відтворення. Виділяють наступні види дисмнезий: *Гіпомнезія* - ослаблення пам'яті, *Амнезія* - відсутність пам'яті, безпам'ятство, що відноситься до певних періодів часу, а саме:

Ретроградна амнезія - випадання з пам'яті подій, що безпосередньо передували несвідомому стану або іншому порушенню психічної діяльності.

Антероградная амнезія - втрата спогадів про події, що впливали за закінченням несвідомого стану або іншого розладу психіки.

Фіксаційна амнезія - втрата здатності запам'ятовування, відсутність пам'яті на поточні події.

Прогресуюча амнезія - поступово наростаюче спустошення запасів пам'яті - від запам'ятовування подій останнього часу до запам'ятовування подій минулого.

Парамнезії - це омани пам'яті. Виділяють наступні види парамнезий:

Конфабуляції - це помилкові спогади про події, яких взагалі ніколи не було. Бувають фантастичні конфабуляції, коли їхнім змістом може стати патологічна уява у формі спогадів.

Псевдоремінісценції – омани пам'яті, що полягають в зміщенні в часі подій, що дійсно мали місце в житті хворого. Хворі, розповідаючи про події, що дійсно відбувалися, сповіщають такі факти, яких не було взагалі, або ж були, але в інші часи. Спостерігаються, як правило у другій половині життя при різноманітних за своїм генезом органічних захворюваннях центральної нервової системи, наприклад при старечому недоумстві.

Криптомнезії - ослаблення пам'яті аж до повного зникнення розходжень між подіями, що дійсно мали місце, й подіями, побаченими в сні, прочитаними або почутими. В одних випадках все останнє згадується як таке, що відбувалося в дійсності з самим хворим (асоційовані згадки), в інших – події, що дійсно відбувалися, згадуються як почуті, прочитані чи побачені уві сні (відчужені згадки). Спостерігаються при шизофренії, екзогенно-органічних та старечих психозах.

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 5-е издание. – М.: Изд-во МГУ, 2007.

2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1999.

www.sgu.ru/sites/default/files/textdocsfiles/.../b.v.zeygarnik_-_patopsihologiya.doc

3. Прикладна психологія : навчальний посібник / В. М. Павленко, І. В. Кряж, О. Л. Луценко та ін. за ред. В. М. Павленко. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2014. – С. 82-102.

До курсу «Клінічна психодіагностика»

Студентам 3-го курсу заочного відділення треба написати і здати до наступної сесії контрольну роботу. Вона повинна складатися з двох частин – реферативної (максимум 15 балів) та емпіричної (максимум 15 балів), загалом до 30 балів.

Для написання реферативної частини усім студентам треба знайти будь-яке наукове джерело - статтю, монографію тощо, де описане клініко-психологічне дослідження (тобто дослідження, яке проводилося на **психічно хворих** пацієнтах за допомогою **ПСИХОЛОГІЧНИХ** методів) і зробити лаконічний реферат цієї роботи (Мета – гіпотези – завдання – вибірка – методи – результати – висновки і ваша оцінка цієї роботи).

Для написання практичної частини студенти повинні ознайомитися з методом «Навчальний експеримент» А.Я.Іванової, знайти і замотивувати досліджуваного (дитину дошкільного віку, максимум 1 класу школи), провести на ній варіант навчального експерименту - методу «Модифікація класифікації геометричних фігур», обробити та проаналізувати отримані результати. До роботи обов'язково прикласти протокол дослідження.

1. Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. М.: Изд-во МГУ, 1976. <https://studopedia.info/1-30494.html>

ОРІЄНТОВНІ ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ З КУРСУ «НЕЙРО- та ПАТОПСИХОЛОГІЯ» («ПАТОПСИХОЛОГІЯ»)

1. Структура клінічної психології та місце патопсихології в ній. (10 балів).
2. Співвідношення понять «клінічна психологія» та «медична психологія», «патопсихологія» та «психопатологія» (10 балів).
3. Відносини хворого, оточуючих і медперсоналу. Поняття ятрогенії, лейбелінгу та комплаєнсу (10 балів).
4. Історичні віхи розвитку психіатрії та клінічної психології (10 балів). Московська та Ленінградська медико-психологічні школи (10 балів).
5. Цілі та завдання патопсихології (10 балів).

6. Види експертизи та участь патопсихолога в них (10 балів).
7. Етапи та специфіка патопсихологічного дослідження. Типи відношення хворого до патопсихологічного дослідження (10 балів).
8. Підходи до визначення понять «норма» і «патологія» (10 балів).
9. Поняття психічного здоров'я та його рівнів. Особливості патопсихологічного дослідження (10 балів).
10. Поняття та конструкт хвороби. Різновиди біологічних моделей психічних захворювань (10 балів) .
11. Поняття та конструкт хвороби. Різновиди психологічних та соціальних моделей психічних захворювань (10 балів).
12. Поняття та конструкт хвороби. Різновиди біопсихосоціальних моделей психічних захворювань (10 балів).
13. Діатез-стрес-буферні моделі психічних захворювань (10 балів).
14. Класифікація розладів відчуття (10 балів).
15. Розлади сприйняття і способи їх дослідження в клініці (10 балів).
16. Класифікація розладів мислення за Б. В. Зейгарнік та методи їх виявлення.
17. Розлади пам'яті та способи їх дослідження за Б. Зейгарнік (10 балів).
18. Розлади уваги та методи їх дослідження в клініці (10 балів).
19. Розлади особистості і способи їх дослідження (10 балів).
20. Наведіть приклади усіх 9 способів реагування (та їх індекси) в такій ситуації фрустрації (ситуації можуть бути різні): Вам говорять: «Місце у гуртожитку немає, доведеться Вам знімати квартиру» (10 балів) .