



Міністерство освіти і науки України
Мукачівський державний університет
Кафедра психології



ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Опорний конспект лекцій
для студентів денної та заочної форм навчання
спеціальності 053 «Психологія» ОС Бакалавр

Мукачево - 2021

УДК 616.89(042.3)(075.8)

*Розглянуто та рекомендовано до друку Науково-методичною радою
Мукачівського державного університету
протокол № 10 від 19 квітня 2021 р.*

*Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри психології
протокол № 12 від 13 квітня 2021 р.*

Укладач

Штих І.І. – старший викладач кафедри психології МДУ

Рецензент

Мішак В.М. – к.пед.н., старший викладач кафедри англійської філології та методики викладання іноземних мов

O-72

Основи патопсихології та психіатрії: опорний конспект лекцій для студентів денної та заочної форм навчання спеціальності 053 «Психологія» ОС Бакалавр. Частина II / Штих І.І. – Мукачево: МДУ, 2021. 43с., др.арк.1,88.

Опорний конспект лекцій складений відповідно до програми вивчення основ патопсихології та психіатрії при підготовці бакалаврів психології. Містить стислий виклад теоретичного матеріалу за третім і четвертим змістовими модулями; визначення ключових понять, схеми, таблиці, опрацювання яких сприяє осмисленню й узагальненню знань з даної навчальної дисципліни, а також контрольні питання і завдання для самостійної роботи студентів. Рекомендовано для здобувачів вищої освіти спеціальності 053 «Психологія», викладачів та практичних психологів.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	4
СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ.....	5
Змістовий модуль 3. Патопсихологія особистості	
Тема 9. Порушення розвитку особистості.....	6
Тема 10. Психологія аномальної поведінки.....	12
Тема 11. Органічні синдроми, неврози і психопатії.....	18
Тема 12. Психологія девіантної поведінки.....	21
Змістовий модуль 4. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку.....	
Тема 13. Психологічний супровід діагностичного і терапевтичного процесу.....	26
Тема 14. Організаційні аспекти діяльності патопсихолога.....	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	37
ДОДАТКИ.....	39

ПЕРЕДМОВА

Опорний конспект лекцій складений з метою зорієнтувати студента на активну пізнавальну діяльність, самостійну творчу працю та вміння розв'язувати задачі з навчальної дисципліни «*Основи патопсихології та психіатрії*». Він є принагідним при підготовці до практичних та семінарських занять. Структурування навчального матеріалу у вигляді схем, таблиць, узагальнень, визначень сприяє кращому осмисленню студентами вивченого матеріалу, класифікації та систематизації основних понять і закономірностей психічного розвитку та його порушень. Контрольні запитання й завдання покликані визначити рівень засвоєння й відкоректувати недостатньо засвоєні знання. Питання для самостійного опрацювання студентами матеріалу, який внесений в програму дисципліни, але за браком часу не може бути розглянутий на лекції, мають на меті мотивувати студента до самостійної роботи і пошуку відповідей. Рекомендовані джерела містять літературу, в якій розкриті теми з точки зору різних підходів і напрямів психології, патопсихології та психіатрії.

Навчальна дисципліна «*Основи патопсихології та психіатрії*» покликана ознайомлювати студентів з основними відхиленнями у розвитку психічної діяльності людини, розвивати вміння здійснювати психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку, формувати практичні навички та вміння при застосуванні патопсихологічних діагностичних методик, навчитись інтерпретувати одержані дані відповідно до завдання, складати висновок на основі одержаних результатів.

Опорний конспекти лекцій складений відповідно до програми та мети вивчення навчальної дисципліни, тобто робота з ним сприяє формуванню у здобувачів вищої освіти теоретичних знань з основ патопсихології та психіатрії, розуміння історії розвитку і структури сучасних знань у галузі даної науки, значення взаємозв'язку теоретичних і практичних знань, їх прикладної значущості в рішенні питань з інших галузей практичної психології.

В процесі засвоєння навчального матеріалу у здобувачів вищої освіти формуються загальні та фахові компетентності та з'являються програмні результати навчання.

В результаті успішного засвоєння основ патопсихології та психіатрії, розглянутих у даному методичному виданні, майбутні психологи отримують фундамент для успішної психодіагностики та психологічної корекції найбільш поширених форм психічної патології; для своєчасного розпізнавання психічних розладів і виявлення основних психопатологічних симптомів та синдромів з урахуванням вікових особливостей; для надання фахової допомоги особам з патологією психічних процесів та особистісного розвитку й застосовування елементів психотерапії у комплексному лікуванні хворих.

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ЯК НАУКА

ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

ТЕМА 2. ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

ТЕМА 3. РОЗЛАДИ ВІДЧУТТЯ І СПРИЙМАННЯ

ТЕМА 4. ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ

ТЕМА 5. ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ ТА ІНТЕЛЕКТУ.

ТЕМА 6. ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ.

ТЕМА 7. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО – ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ

ТЕМА 8. ПОРУШЕННЯ СВІДОМОСТІ ТА УВАГИ

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

ТЕМА 9. ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

ТЕМА 10. ПСИХОЛОГІЯ АНОМАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

ТЕМА 11. ОРГАНІЧНІ СИНДРОМИ, НЕВРОЗИ І ПСИХОПАТІЇ

ТЕМА 12. ПСИХОЛОГІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

ТЕМА 13. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІАГНОСТИЧНОГО І ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

ТЕМА 14. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ПАТОПСИХОЛОГА

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

ТЕМА 9. порушення розвитку особистості

План лекції

1. Патопсихологічні прояви порушень особистості.
 - 1.1. Порушення структури ієрархії мотивів. Формування патологічних потреб і мотивів.
 - 1.2. Порушення смислоутворювання.
 - 1.3. Порушення підконтрольності поведінки.
 - 1.4. Порушення формування характерологічних особливостей особистості.
2. Основні методичні прийоми дослідження порушень особистості в патопсихології.
3. Причини порушень особистісного розвитку з погляду різноманітних теорій. Погляди С.Грофа, З.Фройда, Е.Берна, Ф.Зімбардо, Е.Ейдемільера та ін. *(самостійна робота студента)*

Ключові слова: особистісні розлади, структура ієрархії мотивів, саморегуляція, смислоутворення, генетичні та соціальні чинники.

1. Патопсихологічні прояви порушень особистості

Хворобливі стани особистості (*особистісні розлади*) являють собою глибоко вкорінені і постійні моделі поведінки, що відрізняються негнучкістю реагування на широкий діапазон різних соціальних ситуацій.

Раніше в патопсихології під особистісними розладами розуміли будь-яке психічне захворювання, в якому разом з негнучкістю і нерегульованих поведінкових реакцій спостерігались неузгодженість мотиваційної сфери, потреб і сенсу поведінки. Таке трактування особистісних розладів було дуже широким й охоплювало крім поведінкових порушень невротичні та психотичні розлади (цьому значенні термін «особистісні розлади» використовується в роботах Б. В. Зейгарник).

У широкому сенсі слова термін «особистісний розлад» більш не використовується. Сьогодні його значення обмежено порушеннями соціальної поведінки і взаємодії, не пов'язаними з невротичним характером патології.

Хворобливе (*патологічне*) особистісне функціонування здійснюється за тими ж самими закономірностями, що й здорове (*нормальне*), тільки в змінених умовах.

До цих змінених умов відносяться:

- порушення структури ієрархії мотивів;
- формування патологічних потреб і мотивів;
- порушення смислоутворення;
- порушення саморегуляції й опосередкування;
- порушення критичності і спонтанності;
- порушення формування характерологічних особливостей особистості.

1.1 Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів

Ускладнення мотивів, їх опосередкованість та ієрархічна побудова починається у дитини вже у дошкільному віці і відбувається далі протягом усього життя: мотиви втрачають свій безпосередній характер, починають опосередковуватися свідомо поставленою метою, відбувається підпорядкування одних мотивів іншими. Наприклад: бажання оволодіти якоюсь професією як загальний мотив поведінки включає у себе цілу низку часткових: оволодіти потрібними знаннями, засвоїти певні навички та ін.

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

Наявність провідних мотивів не усуває необхідності мотивів додаткових, що безпосередньо стимулюють поведінку. Однак без провідних мотивів зміст діяльності позбавляється особистісного сенсу. Саме цей провідний мотив забезпечує можливість опосередкування та ієрархії мотивів. Приклад формування патологічно зміненої потреби є вживання алкоголю.

Залежно від того, що спонукає людину, будуються її інтереси, переживання і прагнення - зміни в змісті потреб означають і зміни будови особистості людини. У хворих змінюється не лише зміст потреб і мотивів, змінюється їхня структура: вони стають все менш опосередкованими. Лише в тому випадку, коли потреба стає опосередкованою (свідомо поставленою метою), можливо свідомо управляти нею. У хворих, у яких немає можливості опосередкування свідомою метою, потреби некеровані - вони набувають будови потягів. Зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості означає втрату складної організації діяльності людини. Діяльність втрачає специфічно людську характеристику: з опосередкованої вона стає імпульсивною. Щезають дальні мотиви, потреба в алкоголі переходить у потяг, який стає домінуючим у житті хворого.

Отже,

Ієрархія мотивів є відносно стійкою і цим обумовлює відносну стійкість усієї особистості, її інтересів, позицій, цінностей. Аналізуючи історії психічних хвороб, за яких спостерігається порушення особистості, можна виділити два питання: *формування патологічно зміненої потреби та порушення ієрархії мотивів*

1.2 Порушення смислоутворення

Мотиви мають спонукальну та смислотвірну функції, які не завжди піддаються розрізненню. Нерідко буває так, що людина усвідомлює мотив, заради якого дія повинна здійснитися, але цей мотив залишається знаним і не спонукає до дії. Л. І. Божович та її співробітники показали, що таке явище

часто трапляється в дітей молодшого шкільного віку. Наприклад, дитина може знати, що для оволодіння майбутньою професією треба добре вчитись, але, не дивлячись на це розуміння, мотив до навчання не має достатньої спонукальної сили і доводиться підключати якісь додаткові мотиви.

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

В інших випадках виступає звуження кола смислових утворень: мотив, зберігаючи до певної міри спонукальну силу, надає смислу відносно меншому колу явищ, ніж до захворювання. В результаті багато з того, що раніше мало для хворого особистісний смисл (наприклад, навчання, дружба, робота, ставлення до батьків і т.д.), поступово втрачає його. В результаті втрачається і спонукальна сила мотиву.

Прикладом порушення смислоутворення є шизофренія. Мотив «тільки знаній», завдання усвідомлюється хворим, але це усвідомлення не регулює діяльності (відщеплення дієвої функції від «знаної»). Відсутність орієнтовного етапу в завданні. Іноді інтерес до окремих завдань і ретельне їх виконання без урахування відведеного часу. «Дивакуватість», неадекватність вчинків хворих, порушення селективності діяльності. Зубожіння діяльності хворих, нові мотиви не формуються.

Отже,

Мотиви мають спонукальну та смислотвірну функції, які не завжди піддаються розрізненню. Саме це злиття обох *функцій мотиву - спонукальної і смислотвірної* надає діяльності людини характеру свідомо регульованої діяльності.

1.3 Порушення підконтрольності поведінки

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

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

Критичність утворює «вершину особистісних якостей людини». Прийоми, спрямовані на вивчення критичності, є найбільш адекватними для аналізу особистісних особливостей.

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

2. Основні методичні прийоми дослідження порушень особистості в патопсихології.

1	Метод дослідження рівня домагань	Методика використовується для дослідження особистісної сфери хворих. Хворому пропонують ряд завдань, пронумерованих за ступенем складності. Випробуваний сам вибирає посильне для себе завдання. Експериментатор штучно створює ситуації успіху-неуспіху для хворого, при цьому аналізує його реакцію в цих ситуаціях. Для дослідження рівнів домагань можна використовувати кубики Кооса.
2	Метод Дембо-Рубінштейн.	Використовується для дослідження самооцінки. Випробуваний на вертикальних відрізках, що символізують здоров'я, розум, характер, щастя, зазначає, як він оцінює себе за цими показниками. Потім відповідає на питання, що розкривають його уявлення про зміст понять «розум», «здоров'я» і т.д.
3	Метод фрустрації Розенцвейга.	За допомогою цього методу досліджуються характерні для особистості реакції в стресових ситуаціях, що дозволяє зробити висновок про ступінь соціальної адаптації.
4	Метод незакінчених речень	Тест належить до групи вербальних проєктивних методів. Один з варіантів цього тесту включає 60 незакінчених пропозицій, які випробовуваний повинен закінчити. Ці пропозиції можуть бути розділені на 15 груп, в результаті досліджуються ставлення випробованого до батьків, осіб протилежної статі, керівництва, підлеглих тощо.
5	Тематичний аперцептивний тест (ТАТ)	складається з 20 сюжетних картин. Випробуваний повинен скласти розповідь за кожною картиною. Можна отримати дані про сприйняття, уяві, здатності осмислювати зміст, про емоційній сфері, здатності до вербалізації, про психотравму тощо.
6	Метод Роршаха.	Складається з 10 карт із зображенням симетричних одноколірних і поліхромних чорнильних плям. Тест використовується для діагностики психічних властивостей особистості. Випробуваний відповідає на питання, на що це може бути схоже. Формалізація відповідей проводиться за 4 категоріях: розташування або локалізація, детермінанти (форма, рух, колір, півтони, дифузність), зміст, популярність-оригінальність.
7	Підлітковий діагностичний опитувальник.	Використовується для діагностики психопатій і акцентуацій характеру у підлітків.
8	Тест кольорів Люшера.	Включає в себе набір з восьми карт - чотири з основними кольорами (синій, зелений, червоний, жовтий) і чотири з додатковими (фіолетовий, коричневий, чорний, сірий). Вибір кольору в порядку переваги відображає спрямованість випробованого на певну діяльність, його настрій, функціональний стан, а також найбільш стійкі риси особистості.

3. Причини порушень особистісного розвитку з погляду різноманітних теорій.

У межах різних психотерапевтичних підходів особистісні порушення розглядаються як результат впливу внутрішнього розвитку, пологів, першого року життя та подальших соціальних впливів.

С.Гроф пов'язує особистісний розвиток дитини та дорослого з особливостям перебігу перед пологового періоду та пологів. Він виділяє 4 «базові перинатальні матриці», що відповідають стадіям пологів та внутрішньоособистісним конфліктам, домінуючим потребам.

Згідно з теорією *О.Ранка* первинно перенесеною психотравмуючою ситуацією є сам факт народження як перехід від ідеально сприятливих умов внутрішнього існування до ворожого існування. Це створює первинне відчуття тривоги. Ранк вважає відокремлення від тіла матері основною травмою народження, що викликає подальші страхи самотності, розлуки і т.д.

З точки зору *З.Фрейда* основу порушення розвитку особистості та низки психопатологічних симптомів становить конфлікт між підсвідомими потребами і соціальними нормами. Основним періодом формування невротичних конфліктів *З.Фрейд* вважає вік до 5 років.

А.Фрейд, продовжуючи та розвиваючи теорію свого батька, описує особливості формування захисних механізмів особистості в дитячому віці.

У сучасних концепціях гуманістичної психології велике значення надається дитячо – батьківським стосункам, особливо емоційному контакту матері з дитиною.

Поведінковий підхід у дитячій патопсихології втілений у працях *М.Раттера*, який розглядає порушення як результат засвоєння неправильних поведінкових стереотипів та формування шкідливих звичок.

Трансактний аналіз *Е.Берна* концентрує увагу на системі міжособистісних й внутрішньоособистісних стосунків. В особистості людини будь якого віку розрізняються три частини: Батько, Дорослий, Дитина. Особливим розділом теорії трансактного аналізу є теорія «сценарію життя», що засвоюється в дитячому віці.

Низка досліджень присвячена окремим феноменам особистісних порушень у дитячому та підлітковому віці. (*Ф.Зімбардо, Д.Байярд*). Значна роль у формуванні особистісних порушень традиційно відводиться помилкам у сімейному вихованні (*Е.Ейдемільер, В.Москаленко*). До формування психопатичних рис особистості та неврозів долучаються внутрішньосімейні конфлікти, відсутність одного з батьків, неправильні виховні дії, рання ізоляція дитини від сім'ї тощо.

Отже, в етіопатогенезі розвитку розладів особистості мають місце спадкові та соціальні чинники.

ОСНОВНІ СИМПТОМИ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Розлад особистості	Симптоми
<i>Параноїдний розлад особистості</i>	– це важке порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивідуума, що супроводжується особистісною і соціальною дезінтегрованістю та характеризується настійною підозрілістю і недовірою до людей, оцінкою дій людей як навмисно принижуючих або загрозливих.
<i>Розлад особистості шизоїдного типу</i>	– це розлад, при якому має місце слабкість уподобань, соціальних і інших контактів, з аутистичним відходом у світ фантазій і інтроспекції, що може позначатися на поведінці в переважанні сенситивних або експансивних особистісних властивостей за умови своєрідного розуміння особливостей інтерперсональних відносин, коли холодність і відчуженість можуть маскувати нездатність висловити почуття.
<i>Дисоціальний розлад особистості</i>	– особистісний розлад, що характеризується грубою невідповідністю між поведінкою і існуючими соціальними нормами.
<i>Емоційно нестійкий розлад особистості</i>	– це патологічний стан, при якому вираженою є тенденція діяти імпульсивно, без урахування наслідків, що поєднується з нестійкістю настрою, в основі якого лежить недорозвинення вищих форм вольової діяльності і звідси відсутність складної мотивації вчинків. – це патологічний стан характеру, при якому <i>Істеричний розлад особистості</i> спостерігаються стереотипні форми поведінки, із високим рівнем домагань, демонстративністю, пре-тензіями до оточуючих людей, потребою у визнанні, що не відповідають реальним можливостям і реальній ситуації.
<i>Ананкастний розлад особистості</i>	– це розлад особистості, що характеризується відсутністю впевненості у собі, боязкістю, сором'язливістю, помисливістю, нерішучістю, схильністю до сумнівів, почуттям незавершеності дій, що ведуть до надмірної педантичності, стриманості, упертості й обережності, до яких можуть приєднатися нав'язливі думки або дії.
<i>Тривожний розлад особистості</i>	– це розлад особистості, який характеризується соромливістю і сильною потребою в наявності компаньйона, потребою гарантії того, що її приймають без критики, а також поведінкового ухилення й чутливості до знехтування, що може призводити досоціальної замкнутості.

Залежний розлад особистості	характеризується підпорядкуванням своїх власних потреб потребам інших, що змушує інших брати на себе відповідальність за найбільш важливі події в їхньому житті, що супроводжується нестачею самовпевненості і значним дискомфортом, при перебуванні на самоті більш-менш тривалий період часу.
-----------------------------	---

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте відомі вам патопсихологічні прояви порушень особистості.
2. Як взаємопов'язані відхилення у розвитку психічних процесів і особистості?
3. Наведіть приклад формування патологічно зміненої потреби.
4. Розкрийте механізм зсуву потреби на мету.
5. Як порушення часткових функцій психіки впливають на психічний розвитку цілому? Наведіть приклади.
6. Перелічіть основні симптоми розладів особистості
7. В яких випадках може спостерігатися ретардація розвитку?
8. Яка з концепцій виникнення відхилень в особистісному розвитку вам здається найобґрунтованішою і чому?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

Погляди С.Грофа, З.Фройда, Е.Берна, Ф.Зімбардо, Е.Ейдемільера та ін. на причини формування патологічного розвитку особистості.

Рекомендована література:[2; 3; 4; 9; доп. 5;7;9;20]

ТЕМА 10. ПСИХОЛОГІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

План лекції

1. Поняття дизонтогенії. Основні різновиди психічного дизонтогенезу.
2. Порушення психічного розвитку дітей різного віку (немовлят, раннього та дошкільного віку, молодшого шкільного, підліткового та юнацького віку).
3. Психологічні особливості і психічні розлади осіб зрілого, похилого і старечого віку.

Ключові слова: дизонтогенез, дефект, деменція, аутизм, загальний психічний недорозвиток, психопатії.

1.Поняття дизонтогенії. Основні різновиди психічного дизонтогенезу

Термін «дизонтогенез» уперше використав Швальбе у 1927 р.

Психічний дизонтогенез (від грец. *dys* + *онтогенез*) – це порушення психічного розвитку індивіда, що призводить до аномальної поведінки.

Закономірності перебігу дизонтогенезу:

-так звані *загальні*, або *головні*, закономірності; сюди належать ті закони розвитку, що властиві як для нормального розвитку, так і для патології;

-*модально-неспецифічні* – це особливості, характерні для всіх дітей з відхиленнями в розвитку незалежно від варіанта дизонтогенезу;

-*модально-специфічні* особливості психічного розвитку, властиві лише для конкретної форми відхилення, що відрізняють цю форму від інших.

Ідея структурної організації дизонтогенезу належить Л.С. Виготському. Ще на початку 30-х років ХХ ст. він запропонував розрізняти в аномальному розвитку дві групи симптомів:

- *первинні* (порушення, що виникають безпосередньо з біологічного характеру хвороби)
- *і вторинні* (виникають опосередковано у процесі аномального соціального розвитку).

Положення Л.С. Виготського, Г.Є. Сухаревої, Л. Каннера, Я. Лутца, Г.К. Ушакова та інших В.В. Лебединський використав як основу перелічених параметрів, що визначають тип порушення психічного розвитку.

Параметри дизонтогенезу (за В.В. Лебединським)

- *функціональна локалізація порушення,*
- *фактор часу патогенного впливу*
- *характер і вікова динаміка між функціональних зв'язків,*
- *співвідношення ядерних (первинних) і системних (вторинних) розладів.*

Види психологічного дизонтогенезу (за В.В. Лебединським)

№п/п	Аномалія	Причина виникнення
1	Загальний недорозвиток	Відставання у розвитку
2	Затриманий розвиток	
3	Пошкоджений розвиток	«Ушкодження» розвитку
4	Дефіцитарний розвиток	
5	Викривлений розвиток	Асинхронія розвитку
6	Дисгармонійний розвиток	

1. **Загальний психічний недорозвиток.** Типовою його моделлю є розумова відсталість (РВ).

2. **Затриманий психічний розвиток.** До цього виду належать поліморфна група, представлена різними варіантами інфантилізму, недосформованістю вищих коркових функцій. На відміну від розумової відсталості характеризується парціальною ретардацією та різним ступенем зворотності; характерна в основному при затримці психічного розвитку (ЗПР).

3. **Пошкоджений психічний розвиток:** коли дитина мала достатній період нормального розвитку, який був порушений у 2,5–3 роки у зв'язку із травмою голови або хворобою центральної нервової системи (ЦНС).

4. **Дефіцитарний психічний розвиток** – це вид психічного розвитку, що є наслідком глибоких порушень або дефіциту аналізаторних систем – зорової, слухової, опорно-рухової.

5. **Викривлений психічний розвиток** полягає в поєднанні недорозвитку, затриманого розвитку, пошкодженого розвитку за можливого прискореного розвитку окремих психічних функцій.

6. **Дисгармонійний психічний розвиток.** У його основі лежить уроджена або рано набута стійка диспропорційність психіки, в основному – емоційно-вольової сфери. Класичним прикладом можуть бути порушення формування особистості при психопатіях, порушення емоційно-комунікативного компонента при ранньому дитячому аутизмі (РДА).

Класифікація дизонтогенезу за В.В. Лебединським побудована на основі якісного аналізу порушень психічного розвитку дитини з відхиленнями головних ознак порушення залежно від часу виникнення дефекту, ступеня його тяжкості та локалізації. Однак дослідник зазначає певні недоліки власної класифікації, адже одна й та сама хвороба може спричинити співіснування різних видів дизонтогенезу, тому він рекомендував розглядати види психічного дизонтогенезу не як самостійні утворення, а як синдроми аномального розвитку з визначенням основного синдрому.

2. Порушення психічного розвитку дітей різного віку

Психічне недорозвинення. Розумово-відсталі діти. Серед форм розумової відсталості олігофренія (F70-F79), або загальне психічне недорозвинення (F84.9), зустрічається найбільш часто.

Олігофренія - група різних по етіології, патогенезу та клінічних проявів патологічних станів, загальною ознакою яких є наявність природженого або придбаного в ранньому дитинстві загального недорозвинення психіки з переважанням інтелектуальної недостатності. Терміном «розумова відсталість» позначається непохитно виражене зниження пізнавальної діяльності дитини, виникає на основі органічного ураження центральної нервової системи.

Розумова відсталість - це якісні зміни всієї психіки, всієї особистості в цілому, що з'явилися результатом перенесених органічних ушкоджень центральної нервової системи; така атипія розвитку, при якій страждає не тільки інтелект, але й емоційно-вольова сфера. Порушення вищої нервової діяльності, недорозвинення психічних процесів є причиною низки специфічних особливостей особистості розумово відсталих, що характеризується обмеженістю уявлень про навколишній світ, примітивністю інтересів, елементарних потреб і мотивів, зниженою активністю всієї

діяльності в цілому, труднощами формування взаємовідносин зоточуючими людьми.

За глибиною дефекту розумова відсталість (олігофренія) традиційно поділяється на три ступені: ідіотія (F73), імбецильність (F71) і дебільність (F70).

Ідіотія - найглибший ступінь розумової відсталості, прямої практично відсутнє мовлення.

Імбецильність (F71) - більш легкий в порівнянні з ідіотією ступінь розумової відсталості.

Дебільність (F70) - найбільш легкий ступінь розумової відсталості.

Затриманий психічний розвиток. Під терміном «затримка розвитку» (F84.9) розуміються синдроми тимчасового відставання розвитку психіки в цілому або окремих її функцій (моторних, сенсорних, мовних, емоційно-вольових), уповільненого темпу реалізації закодованих в генотипі властивостей організму. Будучи наслідком тимчасово і м'яко діючих факторів (ранньої депривації, поганого догляду і т. д.), затримка темпу може мати оборотний характер. В етіології затримки психічного розвитку (ЗП) відіграють роль конституціональні чинники, хронічні соматичні захворювання, органічна недостатність нервової системи, частіше резидуального (залишкового) характеру.

Виходячи з етіологічного принципу, виділено 4 основні варіанти затримки психічного розвитку:

- ✓ затримка психічного розвитку *конституційного походження*;
- ✓ затримка психічного розвитку *соматогенного походження*;
- ✓ затримка психічного розвитку *психогенного походження*;
- ✓ затримка психічного розвитку *церебрально-органічного генезу*

У клініко-психологічній структурі кожного з варіантів затримки психічного розвитку є специфічне поєднання незрілості емоційної та інтелектуальної сфери.

Спотворений психічний розвиток. Представлено зокрема синдромом раннього дитячого аутизму (F84.0), який відрізняється від всіх аномалій розвитку найбільшою виразністю як клінічної дисгармонійної, так і психологічної структури порушень.

Клініко-психологічна структура раннього аутизму, як особливої форми недорозвитку, вперше описаної Каннером, характеризується наступними ознаками:

- аутизм як гранична («екстремальна») самотність дитини, яка формує порушення її соціального розвитку поза зв'язком з рівнем інтелектуального розвитку;
- прагнення до постійності, проявляється у вигляді стереотипних занять, надпристрасті до різних об'єктів, опір до змін в навколишньому;
- особлива характерна затримка і порушення розвитку мовлення, також пов'язана з рівнем інтелектуального розвитку дитини;

- ранній прояв (до 25 років) патології психічного розвитку, більшою мірою пов'язаної з особливим порушенням психічного розвитку, ніж з його регресом.

Дисгармонічний психічний розвиток. Психопатія як форма дисгармонії особистості. Це аномалія характеру, неправильний, патологічний розвиток, що характеризується дисгармонією в емоційній і вольовій сферах. Етіологія психопатій пов'язується або з генетичними, спадковими факторами, або з екзогенними шкідливостями, що діють на ранніх етапах онтогенезу, не виключаються також можливості формування психопатії (F60-F69) під впливом довготривалих і деформуючих розвиток особистості дитини середовищних факторів. Велике значення в цьому відношенні мають дефекти виховання.

Прийнята наступна систематика психопатій:

-*конституціональні психопатії*, що мають спадкове походження: ступінь їх тяжкості в значній мірі визначається впливом середовища; для кожного типу цього виду психопатій є свій критичний вік, на який падає розгортання психопатичних рис;

-*органічні психопатії*, при яких аномалії характеру розвиваються внаслідок дії на мозок внутрішньоутробних і ранніх післяпологових негативних впливів, що призводять до тяжких токсикозів, родових травм, виснажують соматичним захворюванням.

До конституціональних психопатій відносяться *шизоїдна* (F60.1), *епілептоїдна* (F60.30), *циклоїдна* (F34.0), *психастенічна* (F48.8) й *істероїдна* психопатії (F60.4).

Органічні психопатії пов'язані з раннім ураженням нервової системи у внутрішньоутробному періоді, при пологах, в перші роки життя.

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

Основною психологічною проблемою старості є самотність і, внаслідок цього, втрата необхідних і бажаних контактів, беззахисність перед оточенням, яке несе (як здається людям похилого віку) лише загрозу їхньому благоустрою і здоров'ю. Поразки постають у вигляді інфарктів, інсультів та інших захворювань. Часто хворобливо підвищена підозрілість самотньої людини провокує спалахи гніву в її близького оточення.

Типовими психологічними чи психопатологічними феноменами осіб похилого віку є:

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

З особистих якостей відзначається зменшення з віком таких якостей, як честолюбство, самолюбство при одночасному зниженні комунікативності та людинолюбства. Зменшуються переживання у вигляді туги і печалі,

збільшується тривога, дратівливість, страх. Виникненню афективних розладів сприяє поява «рольової невизначеності» і соціальної ідентичності. Частим результатом різних захворювань головного мозку в похилому віці є зниження властивостей особистості, яке виражається в більш-менш грубих інтелектуальних розладах, зниженні пам'яті, порушеннях поведінки та іншими проявами. З віком також відбувається зниження інтелектуальних можливостей.

Деменція (набута недоумкуватість) — це стійке порушення психічної діяльності, що характеризується розладом інтелекту, ослабленням пізнавальних процесів, зниженням емоційного життя і різними порушеннями поведінки. У хворих з деменцією відзначаються порушення пам'яті на минулі і поточні події, різко знижені здатності до навчання і рівень суджень, є зубожіння мови, порушується орієнтування в навколишній дійсності і власної особистості.

Зустрічається інсультний і безінсультний типи формування деменції. У першому випадку слабоумство виникає безпосередньо після інсультів, у другому - слабоумство хвилеподібно наростає в зв'язку з минулими порушеннями мозкового кровообігу при відсутності явних гострих ознак інсульту. Деменції, як правило, формуються внаслідок захворювань хронічного і прогресуючого характеру, наприклад при первинних дегенеративних (атрофічних) процесах головного мозку (хвороба Альцгеймера, Піка) або судинних мозкових захворюваннях (церебральний атеросклероз).

Рекомендована література: [1; 2; 3; 4; доп. 4; 9;30]

Контрольні запитання та завдання

1. Що таке дизонтогенез і які є види дизонтогенезу?
2. Які стани належать до дисгармонійного особистісного розвитку?
3. У чому полягає зв'язок поведінкових проявів та базальних рівнів емоційної регуляції?
4. Які види психопатій проявляються уже в дошкільному віці?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання

1. Порушення психічного розвитку дітей різного віку.
2. Психологічні особливості і психічні розлади осіб зрілого, похилого і старечого віку.

Теми рефератів, презентацій

1. Посттравматичний стресовий розлад.
2. Нервова анорексія, нервова булімія.
3. Шизофренія, шизотипові та маревні розлади.
4. Афективні розлади (розлади настрою).
5. Біполярний афективний розлад.
6. Епілепсія.

ТЕМА 11. ОРГАНІЧНІ СИНДРОМИ, НЕВРОЗИ І ПСИХОПАТІЇ

План лекції

1. Загальне поняття про органічні розлади.
2. Неврози. Види неврозів.
3. Психопатії. Психологічна сутність психопатій.

Ключові слова: невроз, психопатія, мінімальна мозкова дисфункція.. епілепсія, розлади аутичного спектру.

1. Загальне поняття про органічні розлади.

До органічних психічних розладів (ОПР) відносять групу психічних захворювань, що виникають внаслідок пошкодження головного мозку. Органічні психічні розлади різноманітні але своїми клінічними проявами - від незначних інтелектуально-мнестичних порушень до деменції, а також можуть проявлятися галюцинаторно-маячними розладами, станами порушеної свідомості і розладами настрою.

Органічні психічні розлади можуть проявлятися у вигляді

- церебрально-органічної хвороби (поточного органічного процесу),
- церебрально-органічного ураження різного ступеня вираженості і різних субклінічних варіантів наслідків перенесених екзогенно-органічних шкідливостей.

Виділяють три варіанти динаміки ОПР:

- регредієнтна (сприятлива);
- стаціонарна;
- прогредієнтна (несприятлива).

При сприятливій динаміці згодом відзначається редукція (згладжування) психічних розладів. При стаціонарній динаміці психічний стан особи протягом тривалого часу істотно не змінюється. При негативній динаміці (поточному органічному процесі) відзначається поступове поглиблення психоорганічного розладів з приєднанням нових хворобливих феноменів (наприклад, божевільних ідей, поведінкових порушень).

2. Неврози. Види неврозів

Невроз – психогенний (як правило, конфліктогенний) нервово-психічний розлад, що виникає в результаті порушення особливо значимих життєвих відносин людини, виявляється в специфічних клінічних феноменах при відсутності психотичних явищ.

Невроз характеризується:

- ✓ *оборотністю патологічних порушень*, незалежно від його тривалості, що відповідає розумінню неврозу І. П. Павловим як зриву вищої нервової діяльності, що може продовжуватися дні, тижні, місяці і навіть роки;
- ✓ *психогенною природою захворювання*, що, згідно В. М. М'ясіщеву, визначається існуванням зв'язку між клінічною картиною неврозу,

особливостями системи відносин і патогенної конфліктної ситуації хворого;

- ✓ *специфічністю клінічних проявів*, що складає у домінуванні емоційно-афективних і соматовегетативних розладів.

Невроз відрізняється від психозу відсутністю психотичних симптомів.

Найбільш розповсюдженим у вітчизняній літературі є групування неврозів переважно по клінічних проявах:

- ✓ *неврастенія*,
- ✓ *істерія (істеричний невроз)*,
- ✓ *невроз нав'язливих станів*.

Неврози класифікують і за етіологічними ознаками:

- ✓ неврози провини, фрустрації, агресії й ін.;
- ✓ інформаційні неврози (від недоліку інформації і від надлишку її);
- ✓ неврози ситуаційні і реактивні;
- ✓ з урахуванням генетичного критерію – конституціональні і реактивні (набуті) тощо.

Головний психогенний фактор невротизації зв'язаний з порушеними сімейними відносинами і несприятливим впливом з боку батьків.

Зміни особистості в батьків, що передують розвитку неврозу в дітей, сприяючи виникненню конфліктних відносин у родині і несприятливо відбиваючись на їхньому вихованні:

- ✓ *егоцентризм*, що утрудняє прийняття дитини і його індивідуальності і емпатичний контакт із ним надалі;
- ✓ *тривожність*, що лежить в основі гіперопіки; внутрішня конфліктність, що ускладнює відносини в родині;
- ✓ *зайва принциповість*, що веде до негнучкості і надмірного контролю у відносинах з дітьми.

Розглянуті негативні фактори виховання в цілому виглядають у такий спосіб:

- ✓ нерозуміння батьками своєрідності особистісного розвитку дітей;
- ✓ неприйняття їхньої індивідуальності;
- ✓ невідповідність вимог і очікувань батьків щодо можливостей і потреб дітей;
- ✓ негнучкість у відносинах з дітьми;
- ✓ нерівномірність виховання в різні роки життя дітей (ефекти батьківської депривації в перші роки і гіперопіка й надмірний контроль у підлітковому);
- ✓ непослідовність у спілкуванні з дітьми;
- ✓ непогодженість виховання між двома батьками.

Зміни особистості в батьків передують розвитку неврозу в дітей, сприяючи виникненню конфліктних відносин у родині і несприятливо відбиваючись на їхньому вихованні.

У психологічному відношенні **невроз** – парадоксальний засіб вирішення проблем, реактивно-захисний спосіб їхньої переробки, неусвідомлювана спроба позбутися від них і знайти внутрішню рівновагу.

3. Психологічна сутність психопатій

Психопатії (в Міжнародній класифікації хвороб узвичаєно термін «розлади особистості») – *стійкі й виражені аномалії особистості, що проявляються дисгармонією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із оточуючими, утруднюючи соціальну адаптацію індивіда.*

Психопатії проявляються розладами в емоційній і вольовій сферах за непорушеного інтелекту. Перші ознаки розвитку психопатії спостерігаються вже в дитинстві, а завершується її формування в юнацькому віці (18–20 років), коли, головним чином, завершується становлення особистості. Психопатіям не властива прогредієнтність, проте протягом життя вони мають динаміку.

Межа між розладом особистості і здоровою психікою не завжди чітка, і на ній перебувають перехідні стани (В. М. Бехтерев), що дістали різні назви. Із них найвідоміші такі, як акцентуїована особистість (К. Леонгард) і акцентуація характеру (А. Є. Личко).

Діагностичні критерії психопатії (за П. Б. Ганнушкіним–О. В. Кербиковим)

Тотальність патологічних рис характеру, що виявляється завжди і всюди (вдома й на роботі, під час відпочинку, в звичних умовах і при емоційних стресах);

Стабільність патологічних рис характеру (зберігаються протягом усього життя, хоча вперше їх помічають у дитинстві);

Соціальна дезадаптація, що є наслідком саме патологічних рис характеру, а не певних обставин.

На відміну від психопатій, **акцентуації** зазвичай розвиваються в період становлення характеру й зникають з віком. Виявляють їх лише за певних ситуацій, бо вони не супроводжуються соціальною дезадаптацією, або ж їхній перебіг буває перехідним. Таким чином, при акцентуаціях характеру ніколи не буває всіх трьох обов'язкових ознак психопатії П. Б. Ганнушкіна–О. В. Кербікова.

Акцентуації особистості – крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надто виражені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість щодо певного роду психогенних впливів за доброї і навіть підвищеної стійкості до інших.

Акцентуації характеру (*акцентуїовані особистості*) поділяються на окремі варіанти, котрі частіше відповідають відомим формам психопатії

(*нестійкий, істероїдний, експлозивний*), інші відрізняються від них (*наприклад, конформний*) або формують змішані (*проміжні*) типи.

У генезі психопатій поєднуються природжені й набуті, біологічні й соціальні чинники. Проте, оскільки роль у формуванні патологічного характеру може бути неоднаковою, залежно від домінуючих причин, психопатії ділять на кілька груп.

Конституційні (генні, природжені, ядерні) психопатії зумовлюються спадковістю й проявляються у дітей віком 4–6 років навіть за сприятливих умов життя.

Лікування психопатій спрямоване на компенсацію аномалії особистості, корекцію патохарактерологічних особливостей з метою оптимального пристосування пацієнта до оточуючого середовища. При цьому враховують клінічні особливості психопатії, поєднаний вплив психофармакотерапії, психотерапії і соціореабілітаційних заходів.

Клінічна картина перебігу розладів особистості подана в Додатку, таблиця 1.

Рекомендована література: [4; 5; 6; 7; 11; доп.1;7]

Контрольні запитання та завдання

1. Які види неврозів спостерігаються в дитячому та підлітковому віці?
2. Розкрийте психологічні механізми виникнення неврозу у дітей.
3. Порівняйте між собою класифікацію акцентуацій особистості за К.Леонгардом та акцентуацій характеру за А.Є.Личко.
4. Які способи компенсації можливі при кожному виді психопатій?
5. Чим відрізняються психопатії від акцентуацій характеру?
6. Які вам відомі методики вихначення акцентуацій характеру та акцентуацій особистості? Охарактеризуйте їх.

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

1. Розумова відсталість.
2. Мінімальна мозкова дисфункція.
3. Міжпівкульна дисфункція.

ТЕМА 12. ПСИХОЛОГІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

План лекції

1. Поняття про поведінку, що відхиляється. Способи взаємодії індивіда з реальністю.
2. Типи девіантної поведінки.
3. Психологічна характеристика основних форм поведінки, що відхиляється.
4. Сексуальні девіації (парафілії).
5. Причини формування та профілактика девіантної поведінки.

Ключові слова: девіантна поведінка, делінквентна поведінка, «втеча від реальності», девіації, адикції, парафілії.

1. Поняття про поведінку, що відхиляється.

Поведінка, що відхиляється, або **девіантна поведінка** – це система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді:

- незбалансованості психічних процесів;
- неадаптивності;
- порушенні процесу самоактуалізації;
- у вигляді ухиляння від морального та естетичного контролю за власною поведінкою.

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

Способи взаємодії індивіда з реальністю

Пристосування	Обирає гармонійна людина. Гармонійна людина може обирати і спосіб втечі від реальності, коли реальність може бути негармонійною, наприклад: добровільне пристосування до умов авторитарного режиму, поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можуть розглядатись як гармонійні.
Боротьба (протидія)	Індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Людина переконана, що усі проблеми, з якими вона стикається, зумовлені факторами дійсності, і єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю, спроба переробити реальність під себе чи максимально витягти вигоду з поведінки, що порушує норми суспільства. Тому відповідно зі сторони суспільства виникає також протидія, вигнання чи спроба змінити індивіда, підлаштувати його під вимоги реальності. Протидія реальності трапляється при кримінальній та делінквентній поведінці.
Хворобливе протистояння	Зумовлене ознаками психічної патології і психопатологічними розладами (зокрема, невротичними), при яких навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним викривленням його сприймання і розуміння. Симптоми психічного захворювання порушують можливість адекватно оцінювати мотиви вчинків оточуючих і внаслідок цього - ефективна взаємодія з оточенням стає ускладненою. Якщо при протистоянні реальності здорова людина усвідомлено обирає шлях боротьби з дійсністю, то при хворобливому протистоянні у психічно хворої людини такий спосіб є єдиним і вимушеним.
Втеча від реальності	Її свідомо чи несвідомо обирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї. Вони можуть також орієнтуватись на небажання пристосуватись до дійсності, «яка не заслуговує того, щоб до неї пристосовувались» через недосконалість, консерватизм, одноманітність, пригнічення екзистенційних цінностей чи відверто антигуманну діяльність.
Ігнорування	Проявляється в автономізації життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимог і норм реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі. При цьому не відбувається ні зіткнення, ні протидії, ні втечі від реальності. Кожен існує ніби сам по собі. Такий варіант взаємодії з реальності - рідкість, трапляється лише у невеликої кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері.

2. Типи девіантної поведінки

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

1. **Делінквентна** – тип девіантної поведінки, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання. Характерна для людей:

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

У цих людей у межах вольової свідомої дії в силу індивідуально-психологічних особливостей порушується чи блокується процес передбачення майбутнього результату *делікту* (проступку) – немає істотної суспільної небезпеки. У таких людей сила спонукального мотиву гальмує аналіз негативних його наслідків.

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

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

Особливості людей з адиктивними формами поведінки:

- ✓ знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд з хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;
- ✓ прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;
- ✓ зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- ✓ прагнення говорити неправду;
- ✓ прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- ✓ прагнення до втечі від відповідальності у прийнятті рішень;
- ✓ стереотипність, повторюваність поведінки;
- ✓ залежність;
- ✓ тривожність.

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

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

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

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

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

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

3. Патохарактерологічний тип девіантної поведінки – поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розладами особистості (психопатії), явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості. Дисгармонійність рис характеру призводить до того, що змінюється уся структура психічної діяльності людини.

Найбільш характерні патохарактерологічні мотиви:

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

За невротичного розвитку особистості девіації проявляються у вигляді невротичних нав'язливостей та ритуалів, які пронизують усю життєдіяльність людини та мають за мету зняти стан емоційного напруження і тривоги.

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

Різновидом патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки є *саморуйнівна (аутодеструктивна) поведінка* - система вчинків людини, спрямована не на розвиток і особистісне зростання, і не на гармонійну взаємодію з реальністю, а на деструкцію особистості.

Мотиви саморуйнівної поведінки:

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

Виділяють два види самоушкодження або парасуїцидальних дій:

- ✓ мотивовані дії з метою виводу себе зі стану емоційної нечутливості шляхом гострих афективно-шокових відчуттів;
- ✓ немотивовані дії - імпульсивні дії, пов'язані з блокадою захисних реакцій хворобою.

Аутоагресія - агресія, спрямована на себе (фізична і вербальна).

Виділяють три основних види суїцидальної поведінки:

- ✓ «аномічна» (пов'язана із кризовими ситуаціями у житті людини, її особистими трагедіями),
- ✓ «альтруїстична» (виконується самогубство заради блага інших),
- ✓ «егоїстична» (обумовлена конфліктом, який формується у зв'язку з непринадністю для конкретного індивіда соціальних умов або соціальних норм поведінки суспільства).

Суїцидальні та парасуїцидальні дії можуть зумовлюватися такими психопатичними синдромами: депресивним, іпохондричним, дисморфобічним, вербальним імперативним галюцинозом, маяченням (ці хворобливі прояви поведінки спонукають людину до суїцидальних дій або самоушкоджень).

5. Девіації, зумовлені гіперздібностями людини – людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту, геніальності у якійсь одній з діяльностей людини). Відхилення в бік обдарованості в одній сфері часто супроводжується девіаціями у повсякденному житті. Така людина часто виявляється непридатною до "побутового, приземленого" життя. Вона нездатна правильно розуміти і оцінювати вчинки та поведінку інших людей, виявляється наївною, залежною і неготовою до труднощів повсякденного життя.

Сексуальні перверзії або *парафілії* - це сексуальні відхилення, які не відповідають критеріям сексуальної норми, спотворюють її за морально-етичними нормами і законами суспільства та кваліфікуються як правопорушення або злочини.

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

Внаслідок сексуальних злочинів у випадку виживання потерпілих серйозну проблему становлять їх соматичні та психічні порушення. Психічні травми можуть призвести до розвитку неврозу, афективної шоккової реакції, психогенної депресії. Такі наслідки сексуальних злочинів потребують психотерапевтичної корекції, яку слід проводити як систему заходів за допомогою сучасних методів психотерапії, адекватних до порушень, що виникли у потерпілих.

Отже, при делінквентній поведінці спостерігається протиборство з реальністю, при адиктивній – втеча від реальності, при патохарактерологічному і психопатологічному – хворобливе протистояння, при поведінці, пов'язаній з гіперздібностями, – ігнорування реальності

Рекомендована література: [1; 4; 8; 9; 11; доп.8;15;20]

Контрольні запитання та завдання

1. Які існують типи девіантної поведінки?
2. Охарактеризуйте види «втечі від реальності», характерні для адиктивних особистостей.
3. Які можуть бути причини делінквентної поведінки?
4. Яким чином способи взаємодії з реальністю певного індивіда визначають його девіантну поведінку?
5. Що таке «філософська інтоксикація»?
6. Чому в підлітковому віці збільшується ризик самогубства?
7. Які типи акцентуацій характеру найбільш вірогідно детермінують делінквентну поведінку підлітків?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

1. Сексуальні девіації (парафілії).
2. Причини формування та профілактика девіантної поведінки.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

ТЕМА 13. Психологічний супровід діагностичного і терапевтичного процесу

План лекції

1. Напрями роботи патопсихолога.
2. Етапи діагностичного процесу.
3. Захисні механізми пацієнта.
4. Основні моделі побудови стосунків «лікар – хворий».
5. Психологічні вимоги до особистості лікаря.

Ключові слова: витіснення, проекція, ізоляція, сублімація, ідентифікація

1. Напрями роботи патопсихолога.

Патопсихологія активно впроваджується в роботу соматичних клінік, також створюється психологія тілесності (психосоматика). Розробляються проблеми, що відносяться до ролі сім'ї в дисгармонійному розвитку дитини, дозріванні ґрунту для багатьох недуг, аж до психосоматичних і прикордонних розладів, з метою попередження небезпек і розробки заходів їх профілактики.

Патопсихологія продовжує займатися дослідженнями проблеми норми, її типології, критеріїв, диференціальної діагностики, виявленням конституційно детермінованих варіацій шляхом нейропсихологічного підходу, а також аналізом психопатичних і акцентуйованих особистостей і т.д.

Виділяють три основних аспекти діяльності патопсихолога у медичних установах: *діагностичний, корекційний і профілактичний.*



Діагностичний аспект діяльності полягає в уточненні ролі психологічних і психосоціальних факторів у виникненні проблемної поведінки в навчанні, в міжособистісних відносинах і т.д.

Психотерапія та психокорекція як різновиди клініко-психологічної інтервенції у випадках проблемної поведінки ґрунтуються на застосуванні одних і тих же методів і технік, тому їх розрізнення умовно.

Профілактичний аспект застосування клініко-психологічних знань в медичних установах пов'язаний із запобіганням виникненню у здорових людей порушень психічної діяльності особистості і поведінці, а також з попередженням розвитку загострень та психосоціальної дезадаптації у аномальних осіб, що мають особистісні та поведінкові особливості, і у компенсованих людей, які перенесли гострі психічні розлади.

Основні принципи професійної діяльності психолога

1. Принцип професійної компетентності
2. Співпраця психолога і клієнта на зацікавленою і компетентної основі
3. Професійне спілкування і взаємодія з клієнтом;
4. Науково обґрунтована професійна діяльність психолога для досягнення бажаного результату.
5. Принцип ненанесення збитку клієнтові
6. Взаємоповага психолога і клієнта
7. Безпека для клієнта застосовуваних моделі, алгоритму, технології та безпосередніх методик, технік, прийомів
8. Попередження неправильних дій пацієнта.
9. Принцип неупередженості
10. Адекватність психологічного інструментарію цілям, умовам і особливостям конкретного клієнта
11. Об'єктивність і наукова обґрунтованість результатів
12. Доцільність і виваженість відомостей, переданих психологом клієнту.
13. Принцип конфіденційності '.
14. Суворий облік одержуваної інформації, аж до застосування системи її кодування
15. Постійний контроль за результатами психологічної роботи і обмежений доступ до них клієнта і інших третіх осіб
16. Коректне використання відомостей психологічного характеру.
17. Принцип позитивно орієнтованої активності:

2. Етапи діагностичного процесу.

1. Вивчення соціального замовлення, запитів фахівців освітніх, медичних та соціальних установ.
2. Формулювання психологічної проблеми.
3. Висування гіпотез про можливі причини обумовленого дефекту.
4. Вибір методів діагностики.
5. Застосування відібраних методів.
6. Формулювання психологічного діагнозу.
7. Розробка рекомендацій, психологічних програм корекції, профілактики тощо.
8. Контроль за їх здійсненням.

3.Захисні механізми пацієнта

Захисні механізми – це прийоми опрацювання інформації, за допомогою яких особистість захищається від внутрішнього та зовнішнього напруження.

Психологічний захист – це властиві кожній людині стійкі способи сприйняття і переживання світу, у процесі яких окремі аспекти дійсності вона змінює, викривляє так, щоб дійсність здавалася зручнішою, сприятливішою, не загрозливою.

Захисні механізми дають змогу виключити реальність (*заперечення*), уникнути реальності (*витіснення*), перевизначити реальність (*раціоналізація*), надати реальності протилежного значення (*реактивне утворення*).

Захисні механізми виносять внутрішні почуття особистості і приєднують їх до реалій зовнішнього світу (*проекція*), розщеплюють реальність на певні елементи (*ізоляція*), допомагають утекти від реальності (*регресія*) та переконструювати реальність (*сублімація*). Кожний механізм захисту є перешкодою у продуктивному розумінні реальності світу та власної особистості..

Ненсі Мак-Вільямс класифікує на два рівні захисні механізми за мірою їх «примітивності», тобто в залежності від того, наскільки відчутно і сильно їх застосування перешкоджає людині адекватно сприймати реальність: первинні та вторинні захисні механізми.

Первинні захисні механізми, особливістю яких є їх автоматичний характер (миттєве «ввімкнення») і відсутність зв'язку з принципом реальності.

- *Всемогутній контроль*
- *Дисоціація*
- *Інтроекція*
- *Заперечення*
- *Примітивна ідеалізація*
- *Примітивна ізоляція* (зокрема захисне фантазування)
- *Проектна ідентифікація*
- *Проекція*
- *Розщеплення Его.*
- *Соматизація або Конверсія*

До вторинних захисних механізмів (за Н. Мак-Вільямс), які характеризуються більш специфічною дією (спрямовані тільки на почуття або на конкретні аспекти сприйняття і переживань) та обов'язковою участю мислення відносять такі:

- *Анулювання або Відшкодування*
- *Витіснення, Пригнічення або Регресія*
- *Виміщення, Заміщення або Зміщення*
- *Ігнорування або Уникнення*
- *Ідентифікація*
- *Ізоляція афекту*
- *Інтелектуалізація*
- *Компенсація або гіперкомпенсація*

- *Моралізація*
- *Відігравання, Відреагування зовні або Розрядка*
- *Поворот проти себе або Аутоагресія*
- *Роздільне мислення.*
- *Раціоналізація*
- *Реактивне утворення*
- *Реверсія*
- *Регресія*
- *Сексуалізація або Інстинктуалізація*
- *Сублімація*

Значення захисних механізмів

Позитивне: захисні механізми особистості несвідомо оберігають психіку від травм. Дозволяють зберегти стійкість особистості на фоні дестабілізуючих переживань і домогтися більш-менш успішної адаптації. Корисний (адаптивний) ефект психологічного захисту більшою мірою проявляється, коли масштаб конфлікту, який загрожує цілісності особистості, відносно невеликий.

Негативне: заважають людині усвідомити свої омани щодо власних рис характеру й мотивів поведінки, що часто ускладнює ефективне вирішення особистісних проблем. Перекручується зміст подій та переживань, щоб не завдати травми психіці, що позбавляє людину можливості активно впливати на ситуацію й усунути джерело переживань. При істотному конфлікті, який вимагає усунення його причин, захист грає, скоріше, негативну роль, затушовуючи його й знижуючи його емоційну напруженість та значимість для особистості.

Використовуючи психологічні захисти людина захищає свою особистість, протистоїть чужому впливу, оберігає психіку від негативних думок і стресів.

4. Основні моделі побудови стосунків «лікар – хворий».

За класифікацією Роберта Віча існує 4 моделі взаємин лікаря і пацієнта:

Технічна. У даній моделі пацієнт є «несправним механізмом, який потребує ремонту». Особистість пацієнта не враховується. Є тільки фізична проблема, яку потрібно усунути.

Патерналістська. Лікар тут розглядається як «батько», а пацієнт як «нерозумне дитя». Лікар сам визначає, що є благом для пацієнта. Тут приділяється увага особистості пацієнта, але лише з точки зору моральної підтримки.

Колегіальна. Дана модель в своєму крайньому варіанті є пацієнт-центрованою. Пацієнт тут відіграє активну роль, з ним узгоджуються всі рішення лікаря.

Контрактна. Взаємовідносини лікаря і пацієнта базуються на негласному (в деяких випадках, щоправда, який оформляється процесуально-юридично) договорі про взаємну повагу прав один одного. Пацієнта

сповіщають про те, як проходить лікування, від нього не приховують інформацію, але рішення приймає лікар, обгрунтовуючи його для пацієнта.

Основні моделі побудови стосунків «лікар – хворий».

Модель	Роль лікаря	Опис моделі
Активно-пасивна	Виконує свою роботу без участі пацієнта	Заснована на уявленні, що лікар краще знає, що треба хворому. Хворий не може брати участь в ухваленні рішень
Покровительська	Пояснює пацієнту, що необхідно зробити, щоб допомогти йому. Виконує роль наставника	Хворому повідомляється лише та інформація, яка, на думку лікаря, необхідна
Інформативна	Роль компетентного технічного експерта	Лікар доносить до хворого всю інформацію, а хворий сам вибирає
Інтерпретаційна	Консультує хворого і допомагає йому прийняти рішення. Виконує роль радника	Передбачається, що хворий потребує лише в уточненні за допомогою лікаря того, що з ним відбувається. Рішення буде приймати він сам
Дорадча (договірна)	Залучає пацієнта в обговорення, протягом якого допомагає йому усвідомити пріоритети, що стосуються здоров'я	Виходить із уявлення, що лікар може активно впливати на формування думки хворого і допомогти йому прийняти правильне рішення

5. Психологічні вимоги до особистості лікаря.

- високий рівень комунікативної компетентності, яка реалізується по відношенню до пацієнтів, їх родичів, а також медичного персоналу;
- незалежність і автономність лікаря, його впевненість у власних силах і стійкість в ситуаціях непопулярності і відкидання, в поєднанні з гнучкістю і пластичністю поведінки в умовах, що змінюються нестандартних професійних ситуаціях,
- високий ступінь стійкості до стресу, до інформаційних і емоційних перевантажень,
- наявність розвинених механізмів адаптації і компенсації з високою значимістю екзистенційно-гуманістичних цінностей, які формують далеку життєву перспективу.

Професія лікаря пред'являє до особистості вимоги, пов'язані з емоційними перевантаженнями, частими стресовими ситуаціями, з дефіцитом часу, необхідністю приймати рішення при обмеженому обсязі інформації, з високою частотою і інтенсивністю міжособистісного взаємодії. За родом професійної діяльності лікар стикається зі стражданням, болем, вмиранням, смертю.

Хекхаузен запропонував модель психотерапевтичної допомоги, яка включає в себе 4 основні аспекти:

- ✓ готовність до емоційного співпереживання внутрішнього стану іншого;
- ✓ здатність враховувати наслідки своїх дій для оточуючих;
- ✓ розвинені морально-етичні норми, які визначають еталони оцінки суб'єктом свого альтруїстичного вчинку;
- ✓ тенденція приписувати відповідальність за вчинення або не вчинення альтруїстичного дії собі, а не іншим людям і зовнішнім обставинам.

Має значення сформованість прийомів і методів психічної саморегуляції лікаря, які допомагають у збереженні власної емоційної стабільності, психологічної надійності професійного "іміджу", стійкого перед лицем загрози таких руйнівних факторів, як непопулярність, відкидання з боку колег, періодичні сумніви в правильності обраного рішення, які в певною мірою обумовлені обмеженими можливостями сучасної медицини і неможливістю врахувати і передбачити вплив на організм пацієнта всіх факторів - зовнішніх і внутрішніх, органічної і психологічної природи.

Рекомендована література: [3;7;9;11; доп.13;18;19]

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте основні напрями роботи патопсихолога в клініці.
2. Які є моделі взаємовідносин «лікар – хворий»? Яка модель на вашу думку є найбільш оптимальною?
3. Чи залежить стиль спілкування лікаря і хворого від діагнозу хворого? Відповідь обґрунтуйте.
4. Чи пов'язані захисні механізми пацієнта з внутрішньою картиною хвороби?

ТЕМА 14. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ПАТОПСИХОЛОГА

1. Загальні принципи організації медико–психологічної допомоги.
2. Особливості організації роботи психолога в медичних закладах різного профілю.
3. Діагностика та класифікація психічних розладів у Міжнародній класифікації хвороб.
4. Методи профілактики психічних захворювань. Методи реабілітації психічно хворих (*самотійне опрацювання*).

Ключові слова: загальні принципи, хоспіси, паліативна медицина, МКХ, психіатрична допомога.

1. Загальні принципи організації медико–психологічної допомоги

Положення про клінічного психолога і низка інших документів, використання яких необхідно для практичної організації психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я, затверджені наказом МОЗ України від 30.10.95 р. № 294 «Про психіатричну і психотерапевтичну допомогу» і Наказом МОЗ України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу». Відповідно до сучасної концепції організації психологічної допомоги в охороні здоров'я, *психолог* – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст), відноситься до числа до числа осіб, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність.

Консультативно-діагностичні заходи проводяться за направленням лікаря-психіатра або лікаря-психотерапевта у випадках первинного звернення пацієнтів в психотерапевтичний кабінет або інше психотерапевтичний підрозділ. У ряді випадків клінічний психолог є первинним консультантом і на цьому етапі спілкування з пацієнтом здійснює первинну психодіагностичну роботу.

Психокорекційна робота клінічного психолога проводиться за індивідуальним планом. На початкових етапах ведення пацієнта велике значення має створення психотерапевтичного контакту, атмосфери довіри з боку пацієнта. Для цього використовують методи індивідуальної, сімейної, групової психотерапії, заходи щодо створення психотерапевтичного середовища і (або) терапевтичного поля.

Проведення психопрофілактичних заходів (особливо важливо проведенні первинної профілактики стосовно психічно здорових людей) :

- *робота із засобами масової інформації* з пропаганди здорового способу життя та досягнень психотерапії і психологічного консультування;
- *формування сучасного іміджу* психотерапевтичних установ;
- *зустрічі клінічних психологів і фахівців із соціальної роботи з населенням;*
- *лекції та бесіди* на підприємствах і в медичних установах;
- *видання популярної літератури;*
- *активна методична та практична робота з лікарями* всіх спеціальностей з ознайомлення з основами психотерапії.
- *проведення психопрофілактичних заходів з самими медичними працівниками* для підвищення рівня їх психологічних знань, запобігання конфліктам з пацієнтами та їх родичами, профілактики так званої професійної деформації («синдрому емоційного вигорання»).

Порядок роботи психолога в умовах клініки

Основний час відводиться на індивідуальний прийом пацієнтів.

Тривалість прийому одного пацієнта складає 50 хв. Десятихвилинну перерву для відпочинку дозволяє переключитися на прийом іншого пацієнта. У робочому графіку виділяється час для первинного прийому та час для повторного прийому (пацієнтів, що вже проходять психотерапію). При розподілі загального часу одна його третина відводиться на первинних пацієнтів, а дві третини – на повторних. Отже, при загальній тривалості робочого дня 5 год 40 хв, психолог (психотерапевт) приймає щодня 1-2 первинних пацієнтів і 2-3 повторних.

У графіку роботи виділяється час для групової психотерапії. Тривалість заняття групи становить в середньому 1 год 30 хв. Перерва після роботи з групою - 15 хв.

Групова психотерапія може проводитися через день. Більш інтенсивної вона буває при наявності посади клінічного психолога, який бере участь у веденні тренінгових груп і групової психотерапії.

Тривалість сеансів сімейно- подружньої психотерапії відповідає тривалості групового заняття.

При плануванні роботи на тиждень психотерапевт вносить в свій графік і проведення інших заходів: виділяє спеціальний час для здійснення заходів психопрофілактики поза психотерапевтичного кабінету (лекції, зустрічі з населенням, робота із засобами масової інформації), клініко-терапевтичних конференцій, зустрічей з пацієнтами психотерапевтичного кабінету з участю клінічного психолога, соціального працівника (фахівця із соціальної роботи) та консультанта (супервізора). Планують також здійснення психопрофілактичних заходів в колективі лікувально-профілактичного закладу.

При проведенні психодіагностичної роботи емпірично прийнятої нормою є 2,5 повних дослідження пацієнтів в день. Залежно від особливостей лікувально-профілактичного закладу, графік роботи клінічного психолога може включати психодіагностичні і психокорекційні (психотерапевтичні) заходи з відповідним розрахунком часу.

3. Особливості організації роботи клінічного психолога в медичних установах різного профілю

Кризову допомогу надають установи, що входять в систему охорони психічного здоров'я. Основними установами кризової допомоги є:

- кабінети соціально-психологічної допомоги,
- телефони екстреної психологічної допомоги
- кризові відділення.

Психокорекційна діяльність вимагає наявності спеціальних навичок для встановлення контакту з пацієнтами в кризових станах, спеціальної підготовки для проведення різних форм кризової інтервенції.

Клініки відновної терапії і нейрореабілітації. Особливістю роботи цих установ є орієнтація на діагностику неврологічних розладів і розладів вищих кіркових функцій. Клінічний психолог для роботи в установах подібного профілю повинен бути додатково підготовлений з клінічної нейропсихології, відновного навчання і корекційної педагогіки.

Сексологічні клініки і центри. Робота в цих установах передбачає додаткову підготовку клінічного психолога в питаннях сімейно-шлюбних відносин, сексології та сексопатології.

Медичні установи соматичного профілю. Клінічний психолог повинен бути добре обізнаний і мати достатній досвід роботи з вивчення і корекції внутрішньої картини хвороби і відносини пацієнта до хвороби. При проведенні психодіагностики повинен вміти аналізувати роль психологічного фактора в етіопатогенезі психосоматичних і соматичних розладів, використовувати психологічні та психокорекційні методи в роботі з пацієнтами, яка передбачає необхідність тривалого психологічного впливу в ситуації низького усвідомлення пацієнтом і медичним персоналом психологічних механізмів хвороби.

Установи (відділення) паліативної медицини. До таких установ відносяться хоспіси та відділення паліативної терапії онкологічних диспансерів, центрів СНІДу. Особливість роботи клінічного психолога з помираючими хворими передбачає знайомство з термінальними станами. Основним завданням терапії є підготовка пацієнта до смерті і супровід його до закінчення життя, робота зі створення терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти, опрацювання екзистенціальних проблем, пов'язаних зі смертю.

3. Діагностика та класифікація психічних розладів у Міжнародній класифікації хвороб

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду побудована із використанням буквено-цифрової схеми кодування, що складається із однієї букви і наступних за нею цифр.

Кожна категорія **МКХ-10** має код, який складається із чотирьох характеристик.

Перша із них – буква, що позначає собою главу чи групу захворювань. Для психічної патології це буква **F**.

Другий пункт коду – цифра, що описує діагностичну рубрику.

F0 – органічні, включаючи й симптоматичні, психічні розлади;

F1 – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин;

F2 – шизофренія, шизотипові та маячні розлади;

F3 – афективні розлади настрою;

F4 – невротичні, що пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади;

F5 – поведінкові та емоційні розлади, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками;

F6 – розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих;

F7 – розумова відсталість;

F8 – порушення психічного розвитку;

F9 – поведінкові та емоційні розлади, що починаються в дитячому та підлітковому віці.

Третя характеристика – конкретне захворювання чи розлад.

Четверта – деталізація стану, наприклад опис форми захворювання чи типу перебігу.

МКХ-10 містить ряд термінів, тлумачень і понять, чітке розуміння яких надзвичайно важливе для коректного діагностичного процесу.

Розлад – клінічно визначена група симптомів (синдром) чи порушень поведінки, що порушують життєдіяльність людини. З етичної точки зору цей термін більш прийнятний, ніж «хвороба». Ізольовані конфлікти та соціальні відхилення, що не супроводжуються особистісною дисфункцією, не розглядаються як психічні розлади.

Психотичний – описовий термін, що використовується за наявності галюцинацій, маячення, виражених відхилень у поведінці (психомоторного збудження, загальмованості, кататонічної поведінки).

Невротичний – пов'язаний із особистісною реакцією.

Традиційний поділ на неврози і психози у МКХ-10 не використовується, але в рамках рубрики F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» термін «невротичний» широко використовується.

Рекомендована література: [3;7;9;11; доп.13;18;19]

Контрольні запитання та завдання

1. Які види послуг виконує клінічний психолог в умовах медичних закладів?
2. Які вимоги до організації кабінета патопсихолога?
3. Охарактеризуйте особливості роботи патопсихолога в медичних закладах різного профілю.
4. Класифікація хвороб за МКХ. Місце і коди психічних розладів.

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

1. Методи профілактики психічних захворювань.
2. Методи реабілітації психічно хворих.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б.В.Зейгарник. – 4-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2006.–208 с.
2. Зінченко С.М. Патопсихологія. Методики дослідження: метод. Посібник / С.М.Зінченко. – К., 2004. – 101 с.
3. Клиническая психология: Учебник. 2 – е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2006. – 960 с.
4. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – СПб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2005. – с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности / К.Леонгард. – К.: Вища Школа, 1981. – 392 с.
6. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. / А.Е.Личко. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.
7. Максимова Н.Ю. Основи дитячої патопсихології : Навч.посібник / Н. Ю.Максимова, К. Л. Мілютіна, В.М. Піскун.– К. : Перун, 1996. – 464 с.
8. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навч. посіб. / І. А. Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
9. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія. Навчальний посібник / Ю.П. Никоненко. – Київ : КНТ, 2016. – 369 с.
10. Основи загальної та клінічної психології. Підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти I-IV рівнів акредитації. / за ред.проф. І.С.Вітенко і проф. О.С.Чабана./ – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
11. Психіатрія і наркологія /В.Л.Гавенко, В.С.Бітенський, В.А.Абрамов та ін.; За ред.В.Л.Гавенка, В.С.Бітенського. – К.: Здоров'я, 2009. – 512 с.

Допоміжна

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Ю.А.Александровский. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
2. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных: Пер. с англ.А.И.Федорова / Э. Берн. – С. – Петербург: Талисман, 1994. – 432 с.
3. Блейхер В.М. Практическая патопсихология / В.М.Блейхер, И.В.Крук И.В., С.Н.Боков. – М.: МПСИ Модэк. – 624 с.
4. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика/ Избр. труды. / П.Б Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – С. 116-252.
5. Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л.Белопольская. –М.: Когито-Центр, 2001. – 351 с.
6. Жмуров В.А. Психопатология / В.А.Жмуров. – М.: Медицинская книга, 2002. – 668 с.
7. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности / Б.В.Зейгарник . – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. – 99 с.

8. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В.Зейгарник, Б.С.Братусь. – М.: Медицина, 1980. – 169 с.
9. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг. – М.: Класс, 2000. – 464 с
10. Клиническая психология. / Под ред. Перре М.; Пер. с нем. – СПб.: Питер, 2002, 2003. – 1312 с.
11. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р.Лурия. – М.: Медицина, 1973. – 374 с.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
13. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. / В.Д.Менделевич. – М.: Медпресс, 2002 – 592 с.
14. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук.–К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
15. Патопсихология : учебник / Е.А.Орлова, Р.В.Козьяков, Н.С.Козьякова. – М. : Издательство Юрайт, 2011. – 235 с.
16. Пезешкиан Н. Психология повседневной жизни / Н.Пезешкиан. – М., 1995. – 336 с.
17. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – С.33– 163.
18. Спіріна І.Д. Медична психологія / І.Д.Спіріна, І.С.Вітенко, О.К.Напрєєнко та ін. – Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД, 2012. – 444с.
19. Хадри И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Хадри. – Будапешт. 1981. – 286 с.
20. Хьелл Л. Теории личности / Л.Хьелл, Д.Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
21. Штих І.І. До питання психічного здоров'я студентської молоді Психологія: теорія і практика: збірник наукових праць / ред. кол. : І. О. Корнієнко (гол.ред.) та ін. – Мукачево : РВВ МДУ, 2018. – Випуск 1 (1)' – С. 128 – 135.
22. Штих І. І. Психогенетичні аспекти розладів аутичного спектру / І. І. Штих, М. П. Муравйова // Сучасні тенденції розвитку науки і освіти в умовах поглиблення євроінтеграційних процесів [Електронний ресурс] : збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції (17-18 травня 2017 р.) / Гол.ред. Т.Д. Щербан. – Мукачево : РВВ МДУ, 2017. – С.215-217.
23. Shtikh I. Concepts of norms and pathology in psychological science: a theoretical overview / I. Shtikh // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools : scientific journal. – Kyiv-Canada, 2019. – Vol 35, №5. – P. 75 - 79. – [ImpactFactor] [IndexCopernicus].

ДОДАТКИ

Таблиця 1

Клінічна картина і перебіг розладів особистості

Тип розладу особистості	Клінічна картина розладу
Паранояльний тип	Схильність до появи афективно підкреслених («надцінних») думок різного змісту (ставлення, ревнощів, іпохондричне винахідництво), пов'язаних з будь-якою реальною подією з життя. Вже з дитинства важливими рисами паранояльних особистостей є такі: підвищена самооцінка і схильність до лідерства; егоїзм; надчутливість свого «Я»; постійний опір, протистояння всьому світові; упертість і прямолінійність; односторонність захоплень і мала гнучкість психіки; підвищена образливість, підозріливість; злопам'ятність.
Афективний тип (дистимний, гіпертимний, циклоїдний, емотивно лабільний)	Дистимні (гіпотимні) психопати песимістично налаштовані стосовно дійсності, минулого і майбутнього. В усьому вони помічають тільки темні прояви життя. Під впливом неприємностей, хвороб у них легко виникають субдепресивні і депресивні стани, часом із суїцидальними тенденціями. У гіпертивних психопатів, навпаки, постійно дещо підвищений настрій. Вони оптимістичні, наміри у них широкі. Самовпевнені, безцеремонні, енергійні, активні, невтомні й балакучі. Хвалькуваті з нестійкими інтересами і поверхневими судженнями. Циклоїдному типу властиві періодичні зміни дещо підвищеного настрою зниженим, а відповідно – і коливання продуктивної діяльності. Емотивно-лабільний (реактивно лабільний) тип характеризується частою несподіваною зміною настрою навіть з не значного приводу. Вони тяжко реагують на психічні травми (наприклад, смерть близьких може спричинити реактивний психоз). Життєрадісність за мить може змінитися відчаєм. Такі особи надто вразливі, легко навіювані, без стійких мотивів поведінки, інтересів, з недостатньою волею (пасивно підпорядковані).
Шизоїдний тип	Замкнутість, відсутність потреби в спілкуванні, відірваність від реального життя, аутизм (аутистичний тип). Вже в дитинстві надають перевагу самотності, не люблять брати участь у колективних

	<p>іграх, їхні інтереси не відповідають вікові. Схильні до фантазування, заглиблені у внутрішній світ (інтроспекція), що завжди закритий і тому не зрозумілий для інших.</p> <p>Характерними ознаками шизоїдного типу є також дисгармонійність, парадоксальність психічного життя в цілому. Емоційна дисгармонія трансформується в нездатність переживати задоволення (ангедонія) і співпереживати іншим. Неформальні емоційні контакти налагодити складно. Мало цікавляться сексуальним життям. Залежно від характеру емоційного реагування на оточення, розрізняють сенситивних шизоїдів з гіперстенічним компонентом, надмірною чутливістю, ранливістю, помисливістю і експансивних – з елементами емоційної «анестезії» (байдужістю до людей, з проявами жорстокосердя і спалахами гніву й імпульсивними вчинками).</p>
<p>Збудливий (епілептоїдний) тип</p>	<p>Надзвичайно сильна емоційна збудливість, вибуховість (експлозивність). Вже в дитинстві нетерпимі до будь-яких обмежень, заборон, що спричинює спалахи гніву, протесту з агресією. Схильність до афективних реакцій робить їх дуже «тяжкими» в сім'ї, школі й подальшому житті. Невитримані, розлючуються за найменшого зауваження і протидії, надмірно реагують на будь-які стреси. Періодично безпричинно виникає похмуро-злобливий настрій – дисфорія (триває від кількох годин до кількох діб). Такі люди егоїстичні, надто вимогливі до інших, охайні, педантичні, прискіпливі, з в'язким мисленням. Злопам'ятні, улесливі й жорстокі (як у разі епілепсії). Погано реагують на алкоголь; Претендують на значно більше, ніж дозволяють їхні здібності й можливості. Брехливі, схильні до самовихваляння й маніпулювання (підтасовок), щоб домогтися своєї мети. У конфліктних ситуаціях виникають декомпенсації за типом «втечі в хворобу», демонстративних суїцидів або інших істеричних реакцій зі збудженням, паралічем, астезією-абазією, афонією та ін. У тяжких випадках істеричні психози супроводжуються затьмаренням свідомості, псевдодеменцією тощо.</p>
<p>Астенічний тип</p>	<p>Разом із психастенічним належить до психопатій гальмівного кола. Біологічною основою є низький рівень працездатності нервових клітин (слабкий тип</p>

	<p>вищої нервової діяльності) зі зниженим «порогом збудливості» стосовно психічних і соматичних подразників. Підвищена дратливість і виражене виснаження психічних процесів («роздратована слабкість»). Характерними рисами дітей і підлітків зі згаданою патологією є підвищена вразливість, легка ранливість, емоційна нестійкість (сльозливість), швидка втомлюваність, прагнення уникнути труднощів. Відчуття психічної і фізичної слабкості сприяє розвитку несміливості, сором'язливості, відчуттю власної неповноцінності (занижена самооцінка). Вони завжди невдоволені собою, погано пристосовуються до нового, хворобливо сприймають тактовність інших людей («надто чутливі натури»). Декомпенсації виникають за посилення навантаження, в разі ускладнення життєвих обставин, що призводить до виснаження психічних виявів.</p>
<p>Тип емоційно тупих (розлади особистості з соціопатичними або асоціальними проявами)</p>	<p>Тісно пов'язані з експансивними шизоїдами (емоційно холодні, жорстокі), збудливими (дратливість, гнівливість, злобність, експлозивність емоційних реакцій), а також нестійкими (негативні форми поведінки, правопорушення). Проте основною властивістю емоційно тупих психопатів, яка утруднює соціальну їхню адаптацію, є недорозвинення вищих моральних почуттів. Такі діти й підлітки бездушні, неуважні до близьких, лихословлять, починають красти. Тікають з дому, схильні до волоцюжництва, вживання алкоголю і наркотиків. Головними рисами характеру таких осіб є також дефіцит таких вищих емоцій, як любов, дружба, співчуття до інших, совість, честь, сором і т. ін. Вони не розкаються, не відчувають провини, байдужі як до похвал, так і до погроз та презирства. Не вміють набувати досвіду з минулого, особливо з покарань. Подібно до збудливих осіб, вони погано переносять алкоголь і в стані сп'яніння стають ще агресивнішими.</p>
<p>Нестійкий тип</p>	<p>Недорозвинення вольових якостей, безвілля у поєднанні з підвищеною піддатливістю до чужих впливів. Незібрані й лінівні, без глибоких життєвих інтересів. Живуть сьогоднішнім, розпочату справу не доводять до кінця, особливо, коли для досягнення мети потрібні значні зусилля (скажімо, через байдюкування і гультайство, попри хороші</p>

	<p>інтелектуальні можливості, відстають у навчанні і не можуть завершити освіту). Переконані у правильності своїх вчинків, брехливі. Свою вину перекладають на інших. Їх гнітить самотність, вони люблять компанії, отож шукають розваг і пригод. За умови постійного контролю за їхньою поведінкою таким особам вдається частково компенсуватися і якось пристосуватися до життя.</p>
--	--

Навчально-методичне видання

ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Опорний конспект лекцій

Частина II

Укладач І.І.Штих

Тираж 10 пр.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції ДК № 4916 від 16.06.2015 р.

Редакційно-видавничий відділ МДУ,
89600, м. Мукачєво, вул. Ужгородська, 26



МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

89600, м. Мукачево, вул. Ужгородська, 26

тел./факс +380-3131-21109

Веб-сайт університету: www.msu.edu.ua

E-mail: info@msu.edu.ua, pr@mail.msu.edu.ua

Веб-сайт Інституційного репозитарію Наукової бібліотеки МДУ: <http://dspace.msu.edu.ua:8080>

Веб-сайт Наукової бібліотеки МДУ: <http://msu.edu.ua/library/>