

Тема5. Патопсихологія як напрям клінічної психології

План:

1. Патопсихологія як наука
2. Норма та патологія з погляду різних психологічних шкіл
3. Психічні порушення та їх характеристика

1. Патопсихологія як наука

Патопсихологія (від грец. pathos – страждання, хвороба) – галузь клінічної психології, яка вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості у зіставленні з закономірностями формування та протікання психічних процесів у нормі.

У великому психологічному словнику дається таке визначення: «Патопсихологія - галузь психології, що вивчає особливості психічної діяльності людини при патологічних станах мозку, пов'язаних з психічними або соматичними захворюваннями».

Засновником патопсихології є Б.Зейгарник – учениця К.Левіна, всесвітньо відомого німецького психолога. Нею були розроблені теоретичні засади патопсихології, описані розлади психічних процесів, сформульовані принципи роботи патопсихолога. Наукову та практичну діяльність продовжили учні та послідовники: Ю.Поляков, С.Рубінштейн, Є.Соколова, О.Співаковський, В.Ніколаєва, В.Тхостов, Б.Братусь та інші.

Із переліку психопатологічних синдромів найбільше значення у клініці (В.Блейхер, І. Крук) мають наступні:

- **шизофренічний, або дисоціативний симптомокомплекс** – складається із таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміни структуриєрархії мотивів, порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість та інше); емоційно-вольових розладів (спрощення та дисоціація емоцій, парабулії та інше), зміни самооцінки та самосвідомості (аутизм, відчуженість та інше);

- **психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс** – складається із емоційно-вольових розладів, зміни структури ієрархії мотивів, неадекватності рівня вибагливості та самооцінки, порушення мислення кататимного типу, порушення прогнозування та опори на попередній досвід (у клініці – акцентуйовані та психопатичні особистості обумовлені у значній мірі аномальною основою психогенної реакції);

- **органічні (екзо-ендогенний) симптомокомплекси** – складаються із симптомів зниження інтелекту, повернення до системи попередніх знань та досвіду мислення; непостійність емоцій; зниження критичних здібностей (у клініці цьому відповідає екзогенно-органічне ураження головного мозку – церебральний атеросклероз); наслідки черепно-мозгових травм; а також «ендогенно-органічні» розлади типу істинної епілепсії та первинних атрофічних процесів у головному мозку;

- **олігофренічний симптомокомплекс** – складається з нездатності до навчання, формуванню понять, абстрагуванню, дефіциту загальних відомостей та знань, примітивності та конкретності мислення, підвищеної піддатливості та емоційних розладів.

2. Норма та патологія з погляду різних психологічних шкіл

Психоаналітична концепція

Засновником цього підходу є З. Фрейд, послідовниками були А. Адлер (індивідуальна психологія), К. Юнг (аналітична психологія), Г. Салліван, Е. Фромм, К. Хорні (соціальний психоаналіз та інтерперсональні відносини).

З. Фрейд - у класичному психоаналізі предметом вивчення були істерія та невроз нав'язливих станів. При вивченні цих розладів з'явилося уявлення про основне місце в патології, несвідомих потягів, потім воно було перенесене на нормальний розвиток. З. Фрейд розглядає людину «як тварину», суть якої залишається незмінною і ховається під «лушпинням культури». За здорового психічного розвитку відбувається продуктивний

перерозподіл енергії лібідо (сублімації) на плідні життєві цілі - наближення до інших людей та творчість.

А. Адлер визначає осередок патології у переживанні почуття неповноцінності, дефекти розвитку. Причиною неврозів він вважав невідповідну компенсацію почуття неповноцінності та відособленість від інших людей. Він вбачає здоровий розвиток у співпраці з іншими людьми.

К. Юнг створив теорію «неврозів у другій половині життя», він виділяє страждання від «безглуздості та безпредметності свого життя». Наголошує на важливості формування інтегрованої особистості.

Е. Фромм переміщує акцент норми та патології на інтерперсональні відносини. Він підкреслює соціальність людини, її потребу відчувати інших людей, спільність із нею. Е. Фромм і К. Хорні розширили модель Г. Саллівана, наголошують на культурній зумовленості неврозів. «Неврози породжуються як окремими переживаннями людини, але й тими специфічними культурними умовами, у яких живемо».

Когнітивно-біхевіоральна концепція Засновником цього напрямку є **Б. Скіннер**.

З погляду теорії оперантного обумовлення Б.Скіннера, патологія - неправильне навчання та дефіцит адаптивних реакцій. Рідкісна регуляція поведінки дитини при оперантному підкріпленні призводить до дефіциту соціальних навичок і труднощів в адаптації.

А. Лазарус розглядає патологію розвитку психіки як недостатність у переробці інформації, яка ускладнює ефективність вирішення життєвих завдань.

А. Бек визначає психічну патологію як різноманітні помилки мислення, що призводять до спотворення реальності.

Екзистенційно-гуманістична концепція

Засновник екзистенційної психології Л. Бінсвангер визначає патологію як існування в несправжньому світі, відчуття відсутності свободи і втрата

перспективи майбутнього. Він наголошує на важливості несправжніх відносин з іншими людьми в походження психічної патології.

В. Франкл зазначає основою розвитку патології - екзистенційний вакуум (духовна порожнеча), неблагополуччя через позбавлення сенсу життя. Представники гуманістичної психології визначають патологічний розвиток як відсутність чи не повноту інтеграції досвіду та автономності. Нездатність мати власну думку, відмінну від соціальних стереотипів, приймати рішення та нести за них відповідальність.

К. Роджерс - на його думку, психічна патологія виникає через невідповідність «Я-концепції» з реальним досвідом.

3. ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА

1). Порухення вольової діяльності та уваги

Порушення інстинктів. При психічних захворюваннях можна спостерігати патологічне посилення, послаблення і спотворення інстинктів.

Нервова булімія – стан, що характеризується приступами переїдання і надмірною занепокоєністю, які повторюються, контролем за вагою, що приводять хворого до прийняття крайніх заходів для зменшення впливу їжі на підвищення ваги.

Реабілітаційні заходи:

а) аутогенне тренування з метою зняття основних симптомів хвороби: блювотного рефлексу, попередження непереборного бажання до їжі, проводиться щодня протягом 6 місяців;

б) поведінкова терапія – визначення ролі індивіда у соціумі, середовищі, де проживає, проводиться 1-2 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

в) сімейна психотерапія – створення сприятливого мікроклімату в сім'ї проводиться 3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

г) раціональна психотерапія з метою розв'язання міжособистісного конфлікту, 3-4 рази на тиждень, протягом 2 місяців;

д) групова психотерапія з метою соціальної адаптації, проводиться 5 разів на тиждень, 3-4 місяці.

Анорексія - повна відсутність відчуття голоду з відмовою від їжі. Ослаблення харчового інстинкту характерне для депресій різного генезу, маніакально-депресивного психозу, виражених астеничних станів, нервової анорексії.

Реабілітаційні заходи:

а) аутогенне тренування з метою релаксації, зняття симпатичного тону і попередження блювотного рефлексу, що сформувався у процесі хвороби; проводиться щодня протягом місяця;

б) поведінкова терапія – як засіб вивчення взаємин між членами сім'ї і можливості одержання хворими «вторинного задоволення» від свого розладу, проводиться 3-4 рази на тиждень протягом 1 місяця;

в) сімейна психотерапія – зміна міжособистісних стосунків та усунення емоційних порушень у сімейних взаєминах; проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

г) індивідуальна психотерапія з метою розв'язання внутрішньоособистісного конфлікту, 2-3 рази на тиждень, протягом 1-1,5 місяців.

Розлади статевих інстинктів

Порушення потенції, оргазму.

Логотерапевтична техніка психотерапії – дерефлексія

2) Порушення свідомості

У клініці розрізняють виключення та затьмарення свідомості

Основними видами затьмарення або якісного продуктивного порушення свідомості, є делірій, онейроїд, аменція, типова й атипові форми запаморочливих (сутінкових) станів.

Деліріозний синдром - це затьмарення свідомості, що поєднується з множинними рухомими, сценічними, сюжетними галюцинаціями, переважно

зоровими, іноді слуховими (шум, музика, гуркіт, часом слова), смаковими, які стосуються безпосередньо хворого, неприємні для нього, часто мають залякувальний характер.

Онейроїд - це стан своєрідного сновидного затьмарення свідомості, який характеризується тим, що при мінливій глибині порушення він супроводжується яскравими, образними, фантастичними галюцинаціями.

Аментивний синдром (аменція) проявляється безладністю мислення, розгубленістю, повним дезорієнтуванням у місці, часі і сприйнятті себе.

3). Порушення психіки з соматичними симптомами

Астенічний синдром - це стан підвищеної стомлюваності, виснаження, послаблення або втрата здатності тривалий час фізично і розумово працювати. Характерні афективна лабільність із переважанням зниженого настрою і плаксивості, дратівлива слабкість, яка поєднує в собі підвищену збудливість і швидке виникнення знесилання, а також гіперестезія (підвищена чутливість до світла, запахів, звуків, дотику). Часто хворі скаржаться на головний біль, розлади сну, які проявляються постійною сонливістю або стійким безсонням, різноманітні вегетативні порушення. Типовою є також зміна самопочуття залежно від коливання атмосферного тиску, впливу спеки або інших кліматичних чинників із наростанням стомлюваності, подразливості, слабкості, гіперестезії. Астенічний синдром може бути наслідком різних соматичних хвороб (інфекційних і неінфекційних), інтоксикацій, органічних захворювань головного мозку, шизофренії. Особливості цього синдрому значною мірою залежать від причини його розвитку.

Астенічний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астенічний синдром поєднується із субдепресивним синдромом, який не сягає рівня психотичного. У такому випадку розвивається астено-депресивний синдром.

Якщо до астенізації приєднуються страхи, то такий синдром називають астено-фобічним.

Тривожно-фобічні розлади – група розладів, при яких тривога пов'язана з конкретними ситуаціями або об'єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими. Ця група поєднує – агарофобію, соціальні фобії, спеціальні ізольовані фобії. Соціальні фобії – характеризуються страхом однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших людей, страх зробити що-небудь принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування. Специфічні ізольовані фобії - це фобії, обмежені строго визначеними ситуаціями (фобія висоти, грози, темноти, прийому їжі, польоту, певних захворювань).

Реабілітаційні заходи: психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки хворого;

а) поведінкова психотерапія у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення – три рази на тиждень, тривалість 2-3 місяці.

б) індивідуально-орієнтована психотерапія проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, спрямована на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість 3-4 тижні (і стаціонарі), потім амбулаторно;

в) екзистенційна психотерапія, 10-12 сеансів;

г) аутогенне тренування – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня протягом 3-4 місяців.

Іпохондричний синдром найчастіше розвивається в пацієнтів з психастенією. Іпохондричний розлад – невротичний розлад, при якому основним проявом є надмірна занепокоєність власним здоров'ям, цілісністю і функціонуванням 69 якогось органу або, рідше, занепокоєність станом своїх розумових здібностей, супроводжується тривогою, депресією.

Соматоформні розлади – це група розладів, що характеризується повторюваним виникненням фізичних симптомів поряд із постійною вимогою медичних обстежень, недовірою до встановленого діагнозу, пошуками і вимогами виявити те або інше захворювання (при їх об'єктивній відсутності).

4). Афективні розлади настрою – це група розладів, при яких основне порушення полягає в зміні афекту або настрою, частіше в бік пригнічення (з почуттям тривоги або без нього) або підвищення. Зміни настрою супроводжуються зміною загального рівня активності. Для цієї групи захворювань є характерним тенденція до повторювання виникнення симптомів, вони можуть як співпадати зі стресовими ситуаціями, так і виникати без явної причини.

Маніакальний епізод – це група гіпоманій та маній без психотичних симптомів. Гіпоманія – це легкий ступінь манії, що характеризується легким підйомом настрою, підвищеною енергійністю й активністю, почуттям благополуччя, фізичною і психічною продуктивністю, що триває не менше декількох днів.

5). Органічні психічні розлади

Деменція при хворобі Альцгеймера

Хвороба Альцгеймера — це процес, що являє собою первинне дегенеративне церебральне захворювання і виникає переважно в передстаречому віці, а наслідком цього процесу є тотальне слабоумство. За захворювання звичайно розвивається повільно, але неухильно, протягом декількох років. Виділяють деменції при хворобі Альцгеймера з раннім початком (до 65 років) і з пізнім початком (після 65 років).

Реабілітаційні заходи: - когнітивний тренінг; - стимуляція фізичної активності; - стимуляція соціальних взаємодій; - сімейне консультування;

Деменція при хворобі Паркінсона. Деменція при хворобі Паркінсона зустрічається у 20-60% хворих з даною патологією і спостерігається звичайно при вираженій неврологічній симптоматиці. Діагностувати її вкрай важко через виражені порушення моторики у пацієнтів.

6). Неврози (невротичні розлади)

Неврози - це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту. Зрив вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги.

На неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома.

Для всіх видів неврозів характерні такі основні групи клінічної симптоматики:

1. Розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття розбитості (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилення.

2. Емоційні розлади: лабільність настрою, сензитивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника, недостатність контролю за емоційними реакціями.

3. Розлади емоційно-вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою.

4. Розлади інших психічних функцій:

4.1. Уваги (підвищене виснаження, неуважність, відволікання або прикутість до неприємних відчуттів).

4.2. Пам'яті (забудькуватість, труднощі при запам'ятовуванні й відтворенні інформації).

4.3. Мислення (нав'язливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби).

4.4. Відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- й анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і ділянках тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота).

4.5. Свідомості й самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах).

5. Соматовегетативні розлади: гіпергідроз, приплив жару, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, закрепи, нудота, прискорення сечопускання, енурез, ядуха, функціональні парези і паралічі, заїкання, тремор тощо. При неврозах виявляють симптоми всіх згаданих груп розладів. У процесі подальшого перебігу, залежно від преморбідних особливостей, на перший план виходять порушення або психічних, або соматовегетативних функцій.

Основними різновидами неврозів є неврастенія, невроз нав'язливих станів та істерія.

Істерія. Клінічна картина хвороби характеризується значною лабільністю емоцій і переходом психічного компонента в соматоневрологічний. Це єдина форма неврозу, при якій можливі якісні зміни свідомості. Практично всі симптоми істерії мають захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації.