Тема 3. Клінічна психологія як напрям медичної психології

План

1. Межові стани особистості як напрям клінічної психології.
2. Патопсихологія як напрям клінічної психології.
3. Нейропсихологія як напрям клінічної психології.
4. Психосоматика як напрям клінічної психології

1. Межові стани особистості як напрям клінічної психології.

Межові стани особистості досліджує риси на межі неврозу та психозу. Термін «межовий» історично виник через те, що цей стан вважали межею між неврозом та психозом. Зокрема, межовий стан особистості - це психоаналітичний термін. Відомий психоаналітик Отто Кернберг виділив три рівні організації особистості: невротичний, межовий та психотичний.

Характеристика	Невротичний рівень (Норма / Легкі порушення)	Межовий рівень (МРО / Пограничний стан)	Психотичний рівень (Важкі психічні розлади)
Тестування реальності (здатність до рефлексії)	Збережене. Людина чітко відрізняє фантазії від фактів.	**Збережене**, але може тимчасово порушуватися під час сильного стресу.	Втрачене. Наявні марення, галюцинації.
Інтеграція ідентичності	Цілісне «Я». Людина розуміє свої плюси та мінуси, має стабільні цінності.	**Дифузне «Я»**. Образ себе різко змінюється, хронічне відчуття порожнечі.	Зруйнована ідентичність. Людина не здатна відділити себе від інших.
Захисні механізми	Зрілі (витіснення, раціоналізація, сублімація).	**Примітивні** (розщеплення: «усе чорне або біле», проєктивна ідентифікація).	Примітивні (заперечення реальності, ізоляція).
Стосунки з іншими	Стабільні, сприйняття людей цілісними (зі своїми недоліками).	**Нестабільні** (ідеалізація змінюється знеціненням через страх самотності).	Злиття або повний відхід від соціальних контактів.

2. Патопсихологія як напрям клінічної психології.

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.

Патопсихолог аналізує структуру психіки пацієнта за кількома основними напрямками:

Порушення мислення: досліджує, як змінюється логіка (наприклад, розірваність мислення, схильність до резонерства/безплідного мудрування, втрата здатності до узагальнення).

Порушення сприйняття: вивчає природу ілюзій, галюцинацій, порушень схеми тіла та психогенної глухоти чи сліпоти.

Порушення пам'яті та уваги: аналізує процеси забування, виснажуваність уваги, амнезії, а також помилкові спогади (конфабуляції).

Зміни емоційно-вольової сфери: досліджує емоційну холодність, апатію, різкі коливання настрою, втрату волі (абулію) та мотивів до діяльності.

Деформація особистості: вивчає, як хвороба змінює характер людини, її самооцінку, систему цінностей та критику до свого стану.

Основні типи патопсихологічних синдромів: шизофренічний (дисоціативний), органічний, психопатичний (особистісно-аномальний), олігофренічний, синдром психогенної дезорганізації психічної діяльності.

Перелік регістр-синдромів:

І – шизофренічний;

II - афективно-ендогенний (біполярний розлад, функціональні афективні психози у літніх людей);

III – олігофренічний;

IV – екзогенно-органічний (екзогенно-органічні ураження головного мозку: церебральний атеросклероз, ЧМТ, вживання психоактивних речовин)

V – ендогенно-органічний (епілепсія, атрофічні процеси у головному мозку)

VI – особистісно-аномальний (акцентовані особистості, межові стани та розлади особистості)

Акцентуація характеру - це межові варіанти норми як результат підсилення його окремих рис. Під час акцентуації в індивіда проявляється підвищена вразливість до певних стресогенних чинників за відносної стійкості щодо інших. Наявність акцентуацій у людини зазвичай не заважає задовільній соціальній адаптації, але вони є "ахіллесовою п'ятою", дошкульними місцями найменшого опору. Підвищений психогенний вплив на ці незахищені сторони особистості несприятливих елементів середовища призводить до психічних травм.

Акцентуація (від латинської accentus – наголос) – це надмірне вираження окремих рис характеру. Акцентуація знаходиться на межі між нормою ї патологією.

Термін «акцентуація» в 1968 році ввів німецький психіатр Карл Леонгард.

Виділяють приховані і явні акцентуації.

- ***приховані акцентуації*** – звичайний варіант норми, акцентуйовані риси характеру у повсякденній діяльності не проявляються зовсім, виявляються в основному при психічних травмах, але не призводять до хронічної дезадаптації.

- ***явні акцентуації*** – крайній варіант норми, акцентуйовані риси характеру досить виражені протягом усього життя, але зазвичай не призводять до соціальної дезадаптації.

Розлади особистості: Кластер С (тривожні) – тривожний розлад особистості, залежний розлад особистості, обсесивно-компульсивний розлад особистості.

VII – психогенно-психотичний (реактивні психози)

VIII – психогенно-невротичний (неврози)

Тривожні розлади: специфічна фобія, соціофобія, панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад.

Дисоціативні розлади: дисоціативний розлад ідентичності, дисоціативна амнезія, синдром деперсоналізації-дереалізації.

Розлади настрою: екзогенна депресія, ажитована депресія, передменструальний дисфоричний розлад, післяпологова депресія.

Розлади, пов'язані з травмою та стресом: гострий стресовий розлад (від 2 днів – до 1 місяця), гостра форма посттравматичного стресового розладу (від 1 до 3 місяців), хронічний посттравматичний стресовий розлад (більше 3 місяців), посттравматичний стресовий розлад із відтермінованим проявом (більше 6 місяців).

Розлади сну: безсоння, гіперсомнія, нічний жах, апное уві сні.

Розлади, пов'язані із соматичними симптомами: соматоформні розлади (соматизований розлад, іпохондричний розлад, соматоформна вегетативна дисфункція, хронічний соматоформний больовий розлад); неврастенія.

Розлади годування та харчування: нервова анорексія, психогенне переїдання, нервова булімія, нервова орторексія, синдром нічної їди.

3. Нейропсихологія як напрям клінічної психології.

Нейропсихологія як самостійна наука виділилася у 1950-х роках. Клініко-теоретичною базою науки стали результати спостережень за учасниками Другої світової війни, які зазнали черепно-мозкових травм.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ (neuron – нерв; psyche – душа, психіка; logos – знання, наука) це: галузь психології, що вивчає мозкову організацію психічних процесів, психічних функцій та особистості в цілому при локальних ураженнях головного мозку (Олександр Романович Лурія).

Наука про мозкову організацію вищих психічних функцій людини (Тетяна Григорівна Візель)

Наука про мозкову організацію психічної діяльності в нормі та патології (Ганна Володимирівна Семенович)

Об'єкт вивчення нейропсихології – мозкова організація психіки.

Предмет вивчення нейропсихології – мозкова організація вищих психічних функцій у нормі та патології.

Напрями нейропсихології:

ТЕОРЕТИЧНА НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ

ПРАКТИЧНА НЕйРОПСИХОЛОГІЯ

КЛІНІЧНА НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ

Завдання нейропсихології

Вивчення законів розвитку та принципів роботи мозкових структур;

Вирішення проблем локалізації психічних процесів, психічних функцій;

Вивчення синдромів порушення вищих психічних функцій при органічних та функціональних змінах мозку;

Пошук шляхів компенсації та відновлення втрачених психічних функцій;

Розробка методів діагностики та корекції;

Вивчення особливостей мозкової організації та структури вищих психічних функцій в онтогенезі.

4. Психосоматика як напрям клінічної психології

У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні хвороби» не використовується з огляду на його значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу.

Розлади, що були визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

F44 – Дисоціативний (конверсійний) розлад (дисоціативні розлади – це стани, за яких стаються збої у пам'яті, усвідомленні, ідентичності або сприйнятті. Люди із дисоціативними розладами патологічно та несвідомо використовують дисоціацію як захисний механізм. В результаті дії цього механізму людина починає сприймати те, що відбувається з нею так, ніби воно відбувається не з нею особисто, а з кимось іншим. Така «дисоційована» позиція захищає від надмірних, тяжких нестерпних емоцій. Деякі дисоціативні розлади спричинені травмою, але розлад деперсоналізації-дереалізації може виникати під впливом стресу. Термін «дисоціація» був запропонований у кінці XIX століття французьким психологом і лікарем П'єром Жане);

F45 Соматоформні розлади: (група психогенних захворювань, у клінічній картині яких психічні порушення ховаються за соматовегетативних симптомами, що нагадують соматичне захворювання, але при цьому не виявляється ніяких органічних проявів, які можна було б віднести до відомої в медицині хвороби, хоча часто є неспецифічні функціональні порушення).

До цієї групи відносять:

F45.0 – Соматизований розлад (хронічна соматизація з великою кількістю множинних мінливих соматичних скарг симптомів, які не можуть

бути пояснені будь-якою органічною патологією з допомогою об’єктивних досліджень органів і систем),

F45.2 – Іпохондричний розлад,

F45.3 – Соматоформна вегетативна дисфункція,

F45.4 – Хронічний соматоформний больовий розлад,

F45.9 – Соматоформний розлад не уточнений;

F48.0 – Неврастенія;

F50 розлади прийняття їжі;

F54. Психологічні і поведінкові фактори, пов’язані з розладами чи захворюваннями, класифікованими в інших розділах (власне психосоматичні захворювання).

В оновленому американському діагностичному та статистичному керівництві психічних розладів п’ятого перегляду (DSM-5) з’явилась категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади» (Somatic symptom and related disorders), що відповідає категорії соматоформних розладів в МКХ-10.

Для постановки діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення:

• відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення органу або системи;

• симптоми захворювання тісно пов’язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;

• заклопотаність і засмученість з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органу або системи, причому повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються безрезультатними.

Вплив психіки припустимий і можливий при будь-яких захворюваннях людини. «Будь-яка не відреагована емоція може викликати психосоматичне порушення» - О.С. Чабан.