Скорочений курс лекцій

Тема 1. Лекція 1. (1 год) Клінічна психологія: історія виникнення, предмет, завдання, галузі досліджень.

1. Становлення й розвиток клінічної психології.
2. Предмет клінічної психології.
3. Галузі клінічної психології.

- 1 -

Становлення клінічної психології як однієї з основних прикладних галузей психологічної науки нерозривно пов'язане з розвитком як самої психології, так і медицини, фізіології, біології, антропології; її історія починається з античних часів, коли психологічні знання зароджувалися в надрах філософії й природознавства.

Про історію клінічної психології ми можемо сказати тут лише кілька слів, згадавши найважливіші її етапи. Зародження наукової клінічної психології можна віднести до кінця XIX ст., коли Вільгельм Вундт заснував Інститут експериментальної психології в Лейпцизі. У цьому інституті поряд з іншими навчалися й працювали психологи, які сьогодні по праву вважаються засновниками клінічної психології.

Так, зокрема, у Вундта навчався американець Лайтнер Уітмер (1867-1956), що ввів поняття клінічної психології. Після одержання вченого ступеня в Лейпцизі він повернувся в США й працював на факультеті психології Пенсильванского університету. В 1896 р. він заснував першу психологічну клініку (Psychological clinic) при університеті Пенсільванії; у цьому закладі, що сьогодні назвали б консультаційно-педагогічним центром, в основному обстежилися й лікувалися діти зі слабкою успішністю. В 1907 р. Уітмер заснував журнал «The Psychological Clinic». Поняття клінічне він взяв з медицини, не маючи на увазі під цим ні медичну психологію, ні клініку як місце, де займаються психологічною діяльністю, а маючи на увазі тільки роботу з окремими конкретними випадками. Хоча Уітмер і дав назву новій науці, вона практично не вплинула на подальший розвиток цієї дисципліни. В 1917 р. група фахівців клінічної психології заснували Американську асоціацію клінічних психологів, що в 1919 р. увійшла в Американську психологічну асоціацію як клінічна секція; у результаті поняття клінічної психології стало визначати професійний статус. Поряд з поняттям клінічної психології було введене використовуване до того часу в англомовних країнах поняття Abnormal Psychology (у журналі «Journal of Abnormal Psychology», що виходить із 1907 р.), що все частіше застосовується як синонім клінічної психології.

Термін «клінічна психологія» походить від грецького kline, що позначає постіль, лікарняне ліжко. У сучасній психології, як правило, терміни «клінічна» й «медична» психології використовуються як синоніми. З огляду на даний факт, надалі будемо використовувати лише один з них. Однак, врахуємо існуючу традицію медиків позначати цю газузь знань «медичною психологією», а психологів - «клінічною психологією».

Клінічна (медична) психологія — наука, що вивчає психологічні особливості людей, які страждають різними захворюваннями, методи й способи діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємин пацієнта й медичного працівника, психопрофілактичні, психо-коррекційні й психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів.

- 3 -

Сьогодні існує досить велика кількість родинних психологічних дисциплін, що мають відношення до клінічної психології: патопсихологія, психопатологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психіатрія, неврозологія, психосоматична медицина й ін. Кожна з перерахованих дисциплін сполучає в собі

медичні й психологічні знання. Однак, всі вони мають відношення до клініки й внаслідок цього можуть бути визнані складовими частинами клінічної психології. Відповідно до традицій у клінічну психологію включаються наступні галузі:

- психологія хворого
- психологія лікувальної взаємодії
- норма й патологія психічної діяльності
- патопсихологія
- психологія індивідуальних розходжень
- вікова клінічна психологія
- сімейна клінічна психологія
- психологія девіантної поведінки
- психологічне консультування, психокоррекция й психотерапія
- неврозологія
- психосоматична медицина

Клінічна психологія тісно пов'язана із спорідненими дисциплінами, у першу чергу, із психіатрією й патопсихологією. Сферою загального наукового й практичного інтересу клінічної психології й психіатрії є діагностичний процес. Розпізнавання психопатологічних симптомів і синдромів неможливе без знання їхніх психологічних антонімів - феноменів повсякденного життя, що відбивають індивідуально-психологічні особливості людини й розташовуються в межах нормальних варіацій психічного реагування. До того ж, процес діагностики психічних захворювань не може обійтися без «патопсихологічної веріфікації».

Тема 2. Лекція 2. (3 год) Методи діагностики клінічної психології.

1. Клінічне інтерв'ювання, його етапи та принципи.
2. Експериментально-психологічні (патопсихологічні) методи дослідження психічних процесів.
3. Експериментальне нейропсихологічне дослідження.
4. Оцінка ефективності психокорекційного та психотерапевтичного впливу.

Вибір методів дослідження, що застосовуються клінічним психологом, обумовлений тими завданнями, які виникають перед ним при виконанні професійних обов'язків. Діагностична функція диктує використання психологічних методик (батареї тестів, опитувальників та ін.), здатних оцінити як діяльність окремих психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, так і диференціювати психологічні феномени й психопатологічні симптоми й синдроми. Психокорекційна функція має на увазі застосування різних шкал, на підставі яких можливий аналіз ефективності психокорекційних та психотерапевтичних методик. Підбір необхідних методик здійснюється залежно від цілей психологічного обстеження; індивідуальних особливостей психічного, а також соматичного стану досліджуваного; його віку; професії та освітнього рівня; часу й місця проведення дослідження. Всі методи дослідження в клінічній психології поділяють на три групи: 1) клінічне інтерв'ювання, 2) експериментально-психологічні методи дослідження, 3) оцінка ефективності психокорекційного впливу.

Клінічне інтерв'ювання. Однієї з основних цілей клінічного інтерв'ювання є оцінка індивідуально-психологічних особливостей клієнта або пацієнта, ранжировка особливостей, що виявляють, по якості, силі й вагомості, віднесення їх до психологічних феноменів або до психопатологічних симптомів.

Термін «інтерв'ю» увійшло в лексикон клінічних психологів нещодавно. Частіше говорять про клінічну бесіду або розпитування.

Діагностика як психічних відхилень, так й індивідуально-психологічних особливостей людини в обов'язковому порядку повинна сполучати діагностику у вузькому розумінні й безпосереднє обстеження психологом клієнта (пацієнта), тобто інтерв'ювання.

У наш час діагностичний процес повністю відданий на відкуп лікарям-психіатрам. Це не можна визнати справедливим, оскільки лікар, у першу чергу, націлений на пошук симптому, а не на власне диференціацію симптому й феномену. До того ж, у силу традицій лікар-психіатр мало обізнаний про прояви здорової психічної діяльності. Саме в силу перерахованих особливостей можна вважати обґрунтованим залучення клінічного психолога до діагностичного процесу у формі інтерв'ювання по оцінці психічного стану випробуваних.

Клінічне інтерв'ю - це метод отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени та психопатологічні симптоми й синдроми, внутрішню картину хвороби пацієнта й структуру проблеми клієнта, а також спосіб психологічного впливу на людину, визначений безпосередньо на підставі особистого контакту психолога й клієнта.

Інтерв'ю відрізняється від звичайного розпиту тим, що націлене не тільки на активно пропоновані людиною скарги, але й на виявлення прихованих мотивів повоедінки людини й надання їй допомоги в усвідомленні щирих (внутрішніх) підстав для зміненого психічного стану. Істотним для інтерв'ю вважається також психологічна підтримка клієнта (пацієнта).

Функціями інтерв'ю в клінічній психології є: діагностична й терапевтична. Вони повинні здійснюватися паралельно, оскільки тільки їхнє сполучення може призвести до бажаного для психолога результату - видужанню й реабілітації пацієнта. Клієнти й пацієнти найчастіше не можуть точно описати свій стан і сформулювати скарги й проблеми. Саме тому здатність вислухати виклад проблем людини - це лише частина інтерв'ю, друга - здатність тактовно допомогти йому сформулювати його проблему, дати йому зрозуміти джерела психологічного дискомфорту - кристалізувати проблему. «Мова дана людині для того, щоб краще розуміти себе», - писав Л.Виготський, і це розуміння через вербалізацію в процесі клінічного інтерв'ю може вважатися істотним і принциповим.

Під патопсихологічним дослідженнями (експериментами) у сучасній психології розуміють використання будь-якої діагностичної процедури з метою моделювання цілісної системи пізнавальних процесів, мотивів й «відносин особистості» (Б.В.Зейгарник).

Основними завданнями параклінічних методів у клінічній психології є виявлення змін функціонування окремих психічних функцій і виявлення патопсихологічних синдромів. Під патопсихологічним синдромом розуміють патогенетически обумовлену спільність симптомів, ознак психічних розладів, внутрішньо взаємообумовлених і взаємозалежних (В. М. Блейхер). До патопсихологічних синдромів відносять сукупність поведінкових, мотиваційних і пізнавальних особливостей психічної діяльності хворих, виражених у психологічних поняттях.

У результаті виявлення патопсихологічних синдромів можливим стає оцінка особливостей структури й протікання психічних процесів, що призводять до клінічних проявів – психопатологічних синдромів. Патопсихолог спрямовує своє дослідження на розкриття й аналіз певних компонентів мозкової діяльності, її ланок і факторів, випадання яких є причиною формування симптомів, що спостерігаються.

Виділяють наступні патопсихологічні регістр-синдроми (И.А.Кудрявцев):

1. шизофренічний
2. афективно-ендогенний
3. олігофренічний
4. екзогенно-органічний

5. ендогенно-органічний
6. індивідуально-аномальний
7. психогенно-психотичний
8. психогенно-невротичний

Шизофренічний синптомокомплекс складається з таких особистісно-мотиваційних розладів як: зміна структури та ієрархії мотивів, розладу розумової діяльності, що порушує цілеспрямованість мислення й сенсотворення (резонерство, зіскальзування, різноплановість, патологічний полисемантизм) при збереженні операційної сторони, емоційні розлади (спрощення, дисоціація емоційних проявів, знакова парадоксальність), зміна самооцінки й самосвідомості (аутизм, сенситивність, відчуженість і підвищена рефлексія).

У психопатичний (індивідуально-аномальний) симптомокомплекс входять: емоційно-вольові розлади, порушення структури й ієрархії мотивів, неадекватність самооцінки й рівня домагань, порушення мислення у вигляді «відносного афективного слабоумства», порушення прогнозування й опори на минулий досвід.

Органічний (екзо- і ендогенний) симптомокомплекс характеризується такими ознаками, як: загальне зниження інтелекту, розпад набутого досвіду знань, мнестичні розлади як довгострокової, так й оперативної пам'яті, порушення уваги й розумової працездатності, порушення операційної сторони й цілеспрямованості мислення, зміна емоційної сфери з афективною лабільністю, порушення критичних здатностей і самоконтролю.

В олігофренічний симптомокомплекс входять такі прояви, як: нездатність до навчання й формування понять, дефіцит інтелекту, дефіцит загальних відомостей і знань, примітивність і конкретність мислення, нездатність до абстрагування, підвищена сугестивність, емоційні розлади.

Виділення патопсихологічних регістрів-синдромів дозволяє клінічному психологові не тільки зафіксувати порушення в різних сферах психічної діяльності, але й ранжувати їх по механізмах виникнення. Крім того, правильна кваліфікація патопсихологічного синдрому дозволяє клініцистові верифікувати нозологический діагноз й у вірному руслі спрямувати корекційну й терапевтичну роботу. Більшою мірою регістри-синдроми значимі для патопсихологічних досліджень у психіатричній клініці, меншою - у соматичній.

Експериментально-нейропсихологічне дослідження спрямоване на оцінку стану вищих психічних функцій, особливостей функціонування асиметрії півкуль і пізнавальних процесів. Воно застосовується частіше в неврологічній і психіатричній клініках.

- Нейропсихологічне дослідження порушень мови

Оцінка експресивної мови відбувається на підставі виконання пацієнтом субтестів-завдань, що включають дослідження спонтанної, діалогової, оповідальної (монологічної), автоматизованої мови.

Наприклад, при оцінці спонтанної й діалогової мови хворому пред'являється ряд питань, на які він повинен відповісти. Одні питання передбачають коротку, односкладову відповідь (типу «так», »ні», «добре», «погано»), інші - розгорнутий. Питання торкаються повсякденного життя. При аналізі отриманих відповідей враховується здатність хворого розуміти звернені до нього питання, підтримувати діалог. Відзначається характер міміки, жестів, відповідей, їхня односкладовість або розгорнення, особливості мови, наявність ехолалій, швидкість, з якої даються відповіді, розходження у відповідях на емоційно значимі й індиферентні для випробуваного питання. Експериментатор у протоколі нейропсихологического дослідження відзначає отримані результати у вигляді опису кількісних й якісних характеристик.

При дослідженні автоматизованої мови випробуваного просять перелічити числовий ряд (від 1 до 6, від 7 до 12, від 15 до 20), перелічити місяці в році. При цьому враховується

можливість плавного перерахування автоматизованих рядів, пропуски складових елементів, персеверації, парафазії. Оповідальна (монологічна) мова досліджується за допомогою переказу коротких розповідей уголос після прочитання їхнім експериментатором, а також складання пропозицій або короткої розповіді по будь-якій сюжетній картині. При аналізі оповідальної мови звертається увага на той факт, якою мірою в переказі відбиті ключові елементи тексту, збережена потрібна послідовність оповідання, близькість переказу до тексту, розуміння змісту розповіді. Відзначаються також можливість самостійного відтворення розповіді без наведених запитань, активність, розгорнення, плавність або уривчастість мови, пошуки слів, аграмматизм, перевага в мові дієслів, вступних слів або іменників тощо.

Виділяються наступні порушення мови:

Мовний напір, що виражається патологічним мовним порушенням, при якому хворий відчуває безперервну потребу говорити й не може припинити свої багатослівні висловлення.

Вигадлива мова, що проявляється використанням пацієнтом незвичайних, малозрозумілих, що часто не підходять за змістом слів, що супроводжуються манірною жестикуляцією й гримасами.

Дзеркальна мова (эхолалія), ознаками якої є мимоволі повторювані досліджуваним слова, почуті від навколишніх.

Монотонна мова представляє із себе розлад мови, при якому відсутні (або вкрай незначні) зміни інтонацій.

Докладна мова являє собою вповільнену мову, у рамках якої хворий зайво докладно викладає маловажні й несуттєві деталі.

Олігофазичная мова проявляється збіднінням словникового запасу, граматичного ладу й інтонаціям.

Парадоксальна мова виражається в перевазі суперечливих за змістом висловленнях пацієнта.

Персевераторна мова представлена багаторазовим повторенням досліджуваним того самого слова або фрази й неможливості підібрати необхідні слова й обороти для продовження мови,

Пуерильна мова в дорослого нагадує белькотання, гаркавість й інтонаційні особливості дитячої мови.

Римована мова являє собою мову, наповнену всілякими римами, які хворий використає часто на шкоду змісту.

Скандована мова — це вид мови, при якому хворий говорить повільно, роздільно вимовляючи склади й слова.

На підставі перерахованих вище методик нейропсихологічного дослідження можливе виявлення наступних синдромів порушень вищих коркових функцій.

Однієї з важливих методологічних проблем клінічної психології є проблема оцінки ефективності психокорекційного й психотерапевтичного впливу. З цією метою Б.Д.Карвасарським була запропонована клінічна шкала, у яку включено 4 критерії: 1) ступінь симптоматичного поліпшення; 2) ступінь усвідомлення психологічних механізмів захворювання; 3) ступінь зміни порушених відносин особистості; 4) ступінь поліпшення соціального функціонування (таблиця 4).

Таблиця 4

Клінічна шкала оцінки ефективності психотерапії (Б.Д.Карвасарського)

І. Критерій ступеня симптоматичного поліпшення.

а) симптоматика проявляється дуже часто або характеризується вираженою інтенсивністю.

б) симптоматика проявляється досить часто або характеризується значною інтенсивністю.

в) симптоматика проявляється рідко або характеризується слабкою інтенсивністю.

г) симптоматика відсутня.

П. Критерій ступеня усвідомлення психологічних механізмів хвороби.

а) відсутність розуміння ролі психогенних факторів у виникненні захворювання.

б) усвідомлення взаємозв'язку між симптомами хвороби й неспецифічною нервово-психічною напругою.

в) усвідомлення взаємозв'язку між симптомами хвороби й конфліктною ситуацією, що виникла у зв'язку з особливостями особистості хворого.

г) досягнення розуміння специфічного змістовного або адаптивного характеру симптомів, повного усвідомлення ролі власних індивідуально-емоційних проблем у виникненні типових для хворого конфліктних ситуацій і розуміння їх генеза.

Ш. Критерій ступеня зміни порушених відносин особистості.

а) відсутність змін.

б) зміна ставлення до хворобі й лікуванню.

в) зміна ставлення хворого лише в сфері (сферах), що належать до актуальної конфліктної ситуації, без глибокої зміни порушених відносин особистості.

г) зміна ставлення хворого у всіх значимих сферах особистості зі значною їхньою перебудовою.

IV. Критерій ступеня поліпшення соціального функціонування.

а) низький ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням.

б) помірний ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням.

в) значний ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням.

г) виражений ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням.

Поряд із клінічною шкалою, для оцінки ефективності психокорекційних і психотерапевтичних впливів у клінічній психології використовуються показники динаміки психічного стану пацієнтів за даними різних психологічних тестів. Найчастіше інших для цих цілей використовуються MMPI, метод колірних виборів Люшера.

Тема 3. Лекція 3. (2 год) Клінічні прояви психічної норми та патології.

1. Діагностичні принципи-альтернативи:

— Захворювання-особистість;
— Нозос-патос;
— Реакція-стан-розвиток;
— Психотичне-непсихотичне;
— Екзогенне-психогенне-ендогенне;
— Дефект-видужування-хроніфікація;
— Адаптація-дезадаптація;
— Компенсація-декомпенсація;
— Негативне-позитивне.

Внаслідок труднощів, що виникають на шляху діагностичного процесу розроблений набір принципів-альтернатив. В його основі закладені принципи феноменологічного підходу в психології й психіатрії — кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинне розглядатися як багатозначне, що дозволяє розуміти й пояснювати його як у категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних переживань людини, які можуть бути однозначно й апріорно причислені до рангу симптомів, також як і визнаними абсолютно адекватними.

Можна виділити кілька подібних принципів-альтернатив: хвороба-особистість, нозос-патос, реакція-стан-розвиток, психотичне-непсихотичне, екзогенне-ендогенне-психогенне, дефект-выздоровлення-хроніфікація, адаптація-дезадаптація, негативне-позитивне, компенсація-декомпенсація, фаза-напад-епізод, ремисія-рецидив-интермісія,

тотальністъ-парциалъністъ, типовістъ-атиповість, патогенне-патопластичне, симуляція-диссимуляція-аггравація.

Перераховані принципи-альтернативи сприяють обґрунтуванню багатомірного підходу до оцінки психічного стану людини замість примітивної одномірної оцінки в координатах хворий-здоровий (нормальний-ненормальний). Приміром, пацієнт, який переніс напад шизофренії, в одномірній системі координат повинен бути визнаний або хворим або здоровим. Але на практиці таке питання не може бути поставлене настільки однозначно. У багатомірній системі координат оцінка стану пацієнта, який переніс шизофренічний напад, буде складатися з інших категорій. Стан «відсутності активних симптомів шизофренії» може бути позначений як одна з альтернативних характеристик «дефект-видужування-хроніфікація», «реміссія-рецидив-интермиссія», «адаптація-дезадаптація», «компенсація-декомпенсація» й «позитивне-негативне».

Чи можна назвати дефект здоров'ям, або правильніше його віднести до хворобливих проявів? Для діагноста таке питання не формулюється, оскільки він не може мати однозначної відповіді. Дефект й є дефект. Також як і втім інші перераховані вище параметри, наприклад, негативна симптоматика.

Далі ознайомимся з найбільш відомими діагностичними принципами-альтернативами й проаналізуємо клінічні параметри, що дозволяють зробити вибір одного з альтернативних критеріїв оцінки психічної діяльності.

Тема 4. Психологічні феномени та патопсихологічні синдроми при психічних захворюваннях.

1. Відчуття та його характеристики.
2. Сприйняття. Розлади сприйняття.
3. Патопсихологічні прояви процесу увги.
4. Патопсихологічні порушення памяті.
5. Порушення мислення, інтелектуальні вади.
6. Емоційні та вольові феномени.
7. Порушення свідомості.
8. Найпоширеніші психічні захворювання.

У клінічній психології традиційно виділяють вісім значимих для клінічної практики психічних процесів: 1) відчуття, 2) сприйняття, 3) увага, 4) пам'ять, 5) мислення або асоціативний процес, 5) інтелект, 6) емоції, 7) воля, 8) свідомість. Подібний поділ психічних процесів носить умовний характер, оскільки їхнє функціонування на рівні організму й особистості носить інтегративний характер.

Під відчуттям розуміють процес відображення окремих властивостей предметів об'єктивного світу при їхньому безпосередньому впливі на органи почуттів. Відчуття є основою багатьох симптомів і синдромів різноманітних хвороб, одними з елементарних (простих) психічних явищ. Вони можуть носити усвідомлюваний або неусвідомлюваний характер й істотно впливати на особливості пред'явлення пацієнтом скарг на стан власного здоров'я, і як наслідок, на процес діагностики.

Важливою характеристикою відчуттів є поняття порога відчуття — величини подразника, здатної викликати відчуття. Розрізняють абсолютний, диференціальний та оперативний пороги відчуттів. Абсолютним нижнім порогом відчуттів (або порогом чутливості) називають мінімальну величину подразника, що викликає тільки-но помітне відчуття, абсолютним верхнім порогом відчуттів — максимально припустиму величину зовнішнього подразника. Під диференціальним порогом відчуттів розуміють мінімальну різницю між двома подразниками або між двома станами одного подразника, що викликає тільки-но помітне розходження відчуттів. Оперативним порогом відчуттів визначається найменша величина різниці між сигналами, при якій точність і швидкість розрізнення досягають максимуму.

Відчуття можуть виникати в різних органах почуттів і поділяються на зорові, слухові, смакові, нюхові, дотиковіі. Існують (Р.С. Немов) середні значення абсолютних порогів виникнення відчуттів для різних органів почуттів людини (таблиця).

Відчуття можуть характеризуватися по гучності, яскравості, висоті звуків.

Виділяють наступні види відчуттів залежно від механізмів (джерел) їхнього виникнення: екстероцептивні (обумовлені впливом подразників на рецептори — нервових закінчень — поверхні шкіри або слизових); інтероцептивні (викликані впливом подразника на нервові закінчення, що іннервують внутрішні органи й розташовуються в стінках дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту й інших органів) і пропріоцептивні (пов'язані із сигналами, що виникають внаслідок подразнення рецепторів, що перебувають у м'язах, сухожиллях або суглобах).

- 2 –

"Сприйняття – це активний процес аналізу й синтезу відчуттів шляхом зіставлення їх з колишнім досвідом".[1]

Сприйняття в порівнянні з відчуттями носить цілісний характер й являє собою наочно-образне відображення діючих у цей момент на органи почуттів предметів й явищ (Карвасарский Б. Г.). Велике значення в порушеннях сприйняття належить особистісному факторові (мотиваційній сфері).

Порушення сприйняття при різних психічних захворюваннях мають різні причини й різні форми прояву. При локальних ураженнях головного мозку можна розрізняти:

1. Елементарні й сенсорні розлади (порушення відчуття висоти, відчуття кольору й т.д.). Ці порушення пов'язані з поразками підкіркових рівнів аналізаторних систем.
2. Складні гностичні розлади, - порушення різних видів сприйняття (сприйняття предметів, просторових відносин). Ці порушення пов'язані з поразкою коркових зон мозку.

Гностичні розлади розрізняються залежно від поразки аналізатора, при цьому діляться на зорові, слухові й тактильні агнозії. Агнозія - розлад пізнавання предметів, явищ, частин власного тіла, їхніх дефектів при схоронності пізнавання зовнішнього світу й самосвідомості, а також при відсутності порушень периферийної й провідної частин аналізаторів.

Зорові агнозії діляться на:

1) предметну агнозію (хворі не пізнають предмети й їхзображення);
2) агнозію на кольори й шрифти;
3) оптико-просторову агнозію (порушується розуміння символіки малюнка, що відбиває просторові якості малюнка, пропадає можливість передати на малюнку просторові ознаки об'єкта: далі, ближче, менше, знизу й т.д.).

4) 3-

"Увага – зосередженість діяльності суб'єкта в цей момент часу на будь-якому реальному або ідеальному об'єкті (предметі, події, образі, міркуванні й т.п.)"[2] .

Увага характеризується вибірковістю, обсягом, стійкістю, переключенням.

Вибірковість (концентрація) пов'язана з можливістю успішного настроювання на сприйняття певної інформації.

Обсяг уваги – кількість одночасно сприйманих об'єктів.

Переключення – можливість виконання дій у часі, при зміні цілей або одночасному врахуванні декількох факторів при виконанні однієї роботи. Наприклад, простежувати дві послідовності чисел різного кольору: одну в порядку зростання, іншу в порядку убування ("модифікована таблиця" Горбова).

---

[1] Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. – М., 1971.

[2] Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990. С. 54.

Порушення уваги

Порушення уваги спостерігаються при різних психічних і соматичних захворюваннях. Можливі також порушення уваги й при афективно-емоційних реакціях і станах у здорових людей.

Зниження активної уваги (концентрації, переключення, стійкості) відзначається при неврозах.

У хворих з органічними захворюваннями головного мозку відзначаються персеверації, труднощі в переключенні, підвищене відволікання, виснаженість уваги.

У хворих шизофренією активна увага погіршується в результаті зниження енергетичного потенціалу, апато-абулічного синдрому.

У соматических хворих (наприклад, туберкульозом й ін.) відзначаються труднощі концентрації уваги, уповільнене впрацьовування, труднощі перемикання, звуження обсягу уваги.

- 4 –

"Пам'ять – процес організації й збереження минулого досвіду, що робить можливим його повторне використання в діяльності або повернення в сферу свідомості"[3] .

Безпосередня пам'ять – здатність відтворювати події, досвід одразу після дії стимулу.

До найпоширеніших порушень безпосередньої пам'яті належить "корсаковский синдром" і прогресуюча амнезія. "Корсаковский синдром" – це порушення пам'яті на поточні події. При цьому пам'ять на події минулого залишається збереженою. Хворі можуть заповнювати пробіли пам'яті вигаданими подіями, деталями (конфабуляция).

При прогресуючої амнезії розлади пам'яті поширюються й на поточні події, і на події минулого. При цьому відзначаються наступні ознаки:

- ♦ накладення подій минулого на сьогодення й навпаки;
- ♦ дезорієнтація в часі й просторі.

Опосередковане запам'ятовування – запам'ятовування з використанням проміжного, або опосередкованого.

Причина труднощів опосередкування у хворих олігофренією полягає в недорозвиненні мислення, нездатності встановити умовний значеннєвий зв'язок між стимульним словом і малюнком.. В астенічних олігофренів відзначається груба недостатність читання, писання, рахування.У стенічних олігофренів більше виражений розлад довготривалої пам'яті.

- 5 –

Існують різні визначення мислення. У посібнику приводиться одне з них, за допомогою якого, на думку автора, легше описати патологію мислення.

"Мислення – це діяльність, що опирається на систему понять, спрямована на рішення завдань, підлегла меті, що враховує умови, у яких це завдання здійснюється"[4] .

Види патології мислення

Виділяється три види патології мислення:

1. Порушення операційної сторони мислення.
2. Порушення динаміки мислення.
3. Порушення особистісного компонента мислення.

ШИЗОФРЕНІЯ

У перекладі із грецького shiso - розщеплюю, frenio - душу. Це психічне захворювання, що протікає зі швидко або повільно, динамічними змінами особистості особливого типу (зниження енергетичного потенціалу, що прогресує; інтровертованість, емоційне збідніння, перекручування психічних процесів). Часте прогресування хвороби

[3] Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1972. С. 264.

[4] Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.

призводить до розриву колишніх соціальних зв'язків, зниженню психічної активності, значної дезадаптації хворих у суспільстві.

Форми перебігу шизофренії:

- Шизофренія безперервного прербігу,
- прогредієнтна (шубообразная);
- рекуррентна (періодичний перебіг - найбільш сприятливий варіант).

За темпом перебігу процесу виділяють:

- малопрогредиентну;
- середньопрогредиентну;
- злоякісну.

При шизофренії відзначаються різні по виразності психічних порушень клінічні симптоми (знаки) і синдроми (сукупність декількох симптомів). Основними для діагностики є негативні симптоми: порушення мислення й емоційно-вольової сфери. Позитивні симптоми при безперервному перебігу шизофренії наростають у певній послідовності:

БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Біполярний афективний розлад (був. маніакально-депресивний психоз) – це захворювання, що протікає у формі депресивних і маніакальних фаз, розділених інтермісіями, тобто станами з повним зникненням психічних розладів. Захворювання не призводить до змін особистості й дефектів в інтелектуальній й емоційно-вольовій сфері, незважаючи на багаторазові рецидиви.

Больные МДП становлять 3-5% всіх госпитализируемых у психіатричні клініки. Жінки занедужують приблизно в 2 рази частіше, ніж чоловіка. У стаціонар попадають хворі тільки з вираженими формами (циклофренія). Можливі м'які, ослаблені форми МДП (циклотимія).

За останні десять років відзначається значний ріст стертих, латентних, ларбированних депресій, де на перше місце виступають соматичні скарги, стомлюваність, болючі синдроми, безсоння вночі, сонливість удень (соматизированная депресія). У підлітків значно частіше класичних варіантів спостерігаються депресії у формі психопатичних еквівалентів з асоціальною поведінкою. У подібних випадках психологічне дослідження може виявитися єдиним методом, що виявляє депресію.

Характеристика проявів МДП

Захворювання протікає у формі окремо виникаючих або здвоєних фаз – маніакальної й депресивної. Депресивні фази зустрічаються в кілька разів частіше. Виразність розладів коливається від гіпомании й циклотимічної депресії до важких і складних маніакальних і депресивних синдромів. Тривалість окремих фаз коливається від декількох днів і тижнів до декількох років. У середньому фази тривають від 2-3 до 5-6 місяців, нерідко протягом життя виникає від 1 до 3 манифестних фази. Хвороба може починатися як незалежно, так й у зв'язку з екзогеніями, психогеніями, пологами, частіше починається в одну й ту ж пору року (навесні, восени).

ЕПІЛЕПСІЯ

Епілепсія - це зазвичай хронічне захворювання, що характеризується наявністю пароксизмальних розладів, що епізодично виникають, розладів у свідомості, настрої. Захворювання в більшості випадків призводить до поступової зміни особистості й своєрідному зниженню інтелекту. На віддалених етапах хвороби можуть виникати гострі й затяжні психози.

Этиологія епілептичної хвороби не встановлена. Більшість дослідників вважають, що в походженні захворювання велике значення належить спадкоємному факторові, крім цього значна роль в этиологии епілепсії приділяється екзогенним шкідливим факторам (внутрішньоутробним і раннім постнатальным органічним ушкодженням головного мозку, особливо токсично-алергічним і травматичним).

Поширеність епілепсії серед населення приблизно 0,3-0,6%. Більше половини людей занедужують у віці до 15 років.

Характерна ознака епілепсії – судомний напад. Звичайно напад починається раптово. Іноді за 1-2 дня до нападуу з'являються провісники: погане самопочуття, дратівливість, головний біль і т.д. Під час так називаного великого нападу хворий непритомніє, падає, у нього починаються тонічні судоми (різка напруга м'язів тулуба й кінцівок). Потім починаються клонічні судоми (сильні толчкообразные скорочення м'язів кінцівок, шиї, тулуба). Тривалість нападу - 3-4 хвилини. Після нападу з'являється почуття млявості й сонливості. Під час нападу зіниці не реагують на світло.

ОЛІГОФРЕНІЯ

У перекладі із грецького, олігофренія означає "недоумкуватість", або, інакше кажучи, психічне недорозвинення. Для олігофренії характерно непрогресуюче слабоумство.

По ступені важкості психічного недорозвинення розрізняють три групи олігофренії:

1. Ідіотія – найбільш глибокий ступінь. Характеризується практично повною відсутністю мови (запас слів до 20) і глибоким слабоумством. Хворі не розуміють навколишніх; тягнуть, що потрапить їм у рот; сидячи в ліжку, одноманітно безглуздо роблять ті самі рухи тулубом.
2. Імбецильність – середній ступінь. При імбецильності хворі володіють мовою, але звичайно недорікуваті, їх запас слів невеликий, можуть здобувати найпростіші знання й займатися елементарною працею. Часто запальні, можуть бути агресивні. Нерідко в них підвищене половий потяг.
3. Дебільність – легкий ступінь. При дебільності має місце конкретний рівень мислення, утруднення абстрагування, утруднення навчання. Хворі недостатньо критичні відносно своїх можливостей. Виділяють три ступені дебільності: легку, помірковано виражену й виражену. Виразність слабоумства прямо пропорційнаі ступені навченості, а також ослабленню пам'яті. У поводженні хворі можуть бути легко збудливі й повышенно внушаемы.

При цьому захворюванні відзначається недорозвинення моторики, сприйняття, уваги, пам'яті, понятійного, абстрактного мислення. Хворі утрудняються відволіктися від конкретных другорядних деталей, виділити значимі ознаки, значеннєві зв'язки. Вони часто пропонують конкретно-ситуаційне об'єднання предметів у групи. Порівнюючи конкретні поняття, установлюють відмінності в основному по другорядних ознаках. Подібність визначити утрудняються. Можуть проводити порівняння, класифікацію предметів по невідповідних ознаках, часто це викликано несформованістю загальних подань про предмети й поняття, обмеженістю словника, убогістю загальних відомостей про навколишньому.

У роботі з піктограмами утруднена загальна символізація слова, тому хворі роблять малюнки тільки до конкретних понять. Порушено розуміння переносного значення. Розуміють умовність розповсюджених метафор (при дебільності), прислів'я в основному тлумачать буквально. Утруднено розуміння ситуационно-смыловых зв'язків, підтексту в розповідях, причинно-наслідкових зв'язків у серіях картин, об'єднаних загальним сюжетом. Увага характеризується вузьким обсягом, нестійкістю, труднощами перемикання. Відзначається перевага механічної пам'яті над значеннєвий, опосередкованої.

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗА

У роботі патопсихолога часто необхідно провести діагностику між органічним захворюванням головного мозку й шизофренією. У цьому випадку варто ретельно досліджувати увага, пам'ять, мислення, ознаки истощаемости.

В області органічної психопатології для дослідження психічної діяльності хворих захворюваннями головного мозку судинної, атрофической і пухлинної этиологии (пухлини, травми, деякі види судинної патології головного мозку, хвороба Піка, хвороба

Альцгеймера, старече слабоумство й т.д.) потрібні знання не тільки в області патопсихології, але й в області нейропсихології.

При захворюваннях головного мозку різного генеза відзначаються ознаки підвищеної истощаемости, зниження пам'яті, труднощі в оперировании абстрактними поняттями, переносним значенням, інертність мислення. Більше точну інформацію для диференціювання двох органічних захворювань (наприклад, хвороба Піка або хвороба Альцгеймера), установлення вогнища поразки головного мозку одержують при застосуванні спеціальних тестів нейропсихології.

У результаті органічних змін у головному мозку відзначаються психопатоподобные порушення особистості, астенічні розлади. Можливо також зниження рівня интеллектуально-мнестических процесів. Психопатоподобные порушення особистості характеризуються звуженням кола інтересів, деякою пасивністю, афективною лабільністю, іноді, эксплозивностью, брутальністю. Астенічні розлади виражаються в підвищеної истощаемости, дратівливої слабості. Якщо відзначається интеллектуально-мнестическое зниження, то відзначається зниження критики, безтурботність, ейфорія, гневливость, слізливість.

Особливості патопсихологического дослідження при органічних захворюваннях

Патопсихологическое дослідження пам'яті хворих із цими видами патології виявляє зниження обсягу безпосереднього й опосередкованого запам'ятовування. Введення опосередкування (піктограма) не сприяє поліпшенню відтворення. Випробуваний фіксований на масі другорядних деталей малюнка, що утрудняє втримання в пам'яті стимульных слів. Труднощі відволікання від конкретних деталей, схильність до надмірної деталізації асоціацій приводять до неможливості виділення значимих ознак подібності й відмінності в методиках "виключення предметів", "класифікація предметів", "визначення понять", "порівняння понять" й ін. Звуження обсягу сприйняття утрудняє встановлення причинно-наслідкових зв'язків у серіях картин з єдиним сюжетом, розуміння контексту. У результаті ознак підвищеної истощаемости, що виявляють у методиках "коректурна проба", "рахунок по Крепелину", "таблиці Шульте" й інших, відзначається нерівномірність рівня узагальнення. Це свідчить про коливання розумової працездатності.

Порушення мови. Для одержання більше чіткої картини органічних змін використають методи нейропсихології: дослідження мови хворих, зорового гносиза, конструктивного праксиса. От найпоширеніші порушення, що виявляють за допомогою спеціальних методів:

1) контамінації – сплавка частин окремих слів;
2) персеверации – застревание на окремих словах;
3) парафазії – перекручування слів або заміна одного слова іншим, часто подібним по звучанню, але далеким за значенням;
4) аграфія – порушення листа, що проявляється як втрата здатності писати букви в словах при сохранном інтелекті, часто в результаті недорозвинення фонематичного слуху;
5) алалія – порушення мови при сохранном слуху;
6) дизартрія – порушення вимови;
7) афазії – розлад мови, що складає у втраті здатності користуватися словами, фразами як засобом вираження думки;
8) паралексии – виникаючі при читанні порушення, ідентичні парафазії.

1. Вивчається усна, тобто розмовна мова: переказ, повторення, автоматична мова (числа, місяці, вірші). При цьому акцентується увага на бажанні говорити, на бідності або багатстві мови, на граматичному ладі, наявності парафазій, персевераций і т.д.
2. Аналіз письмової мови: списування, диктант, переказ-виклад.
3. Розуміння усного мовлення. Приділяють увагу розумінню слів, фраз, простих і складних конструкцій, свідомо безглуздих фраз й інструкцій.
4. Досліджують читання - можливість читання й розуміння прочитаного.

Церебральний атеросклероз

Вираженим порушенням при цьому захворюванні є підвищена истощаемость психічних процесів. При цьому виділяються два основних типи истощаемости:

1. Гиперстенический тип – чергування швидкого темпу (особливо спочатку) зі зниженням, потім знову збільшення темпу. Крива запам'ятовування десяти слів, крива часу відшукування чисел на таблицях Шульте носять ламаний, зиґзаґоподібний характер. В інших методиках в основному правильні рішення чергуються з помилковими, які хворої виправляє при вказівці на них психолога. Гиперстенический тип истощаемости характерний для початкової стадії захворювання.
2. Гипостенический тип – зниження темпу і якості виконання завдання із часом, а особливо до кінця прийому й при тривалому інтелектуальному навантаженні. Гипостенический тип свідчить про прогредиентном плин. Відзначається порушення мови у вигляді парафазій, персевераций, интерферирующего ефекту (накладення на основну діяльність побічно-відволікаючої діяльності, що утрудняє реалізацію мети).

При прогресуванні захворювання виявляються порушення пам'яті: спочатку утрудняється відтворення, потім утримання й следообразование. Особливо виражені труднощі запам'ятовування штучних звукосочетаний. Менш порушена асоціативна пам'ять. Можна відзначити інертність психічної діяльності. Дослідження мислення виявляють нерівномірність рівня узагальнення. На тлі доступності всіх розумових операцій відзначаються рішення на основі виділення другорядних ознак відмінності й подібності. Це викликано підвищеної истощаемостью.

При прогредиентности захворювання можлива поява так називаного атеросклеротического слабоумства: зниження рівня узагальнення, виражене зниження пам'яті, наростання розладів мови (амнестическая афазія, конфабуляции, фиксационная амнезія), зниження критичності мислення, особливо на тлі виснаження.

Старече (сенильное) слабоумство

Причина старечого слабоумства не ясна. Старече слабоумство має кілька форм: просту, конфабуляторную, делириозную. Це захворювання виникає в результаті прогредиентного атрофического процесу в головному мозку після 65 років.

У поводженні хворого може відзначатися брутальність, черствість, підозрілість, скнарість, замкнутість, виражений егоцентризм. Відзначаються значні розлади пам'яті, як механічної, так і значеннєвий. Крива запам'ятовування десяти слів носить характер "плато" (2-3 слова). Відзначається порушення следообразования, воспроиз-ведения. Спочатку порушується пам'ять на поточні події, потім і на події минулого. Виражено труднощі зосередження уваги. Знижується рівень процесів узагальнення й відволікання. Мовні розлади характеризується зниженням словникового запасу, багатослівністю, розпливчастістю мови, персеверациями, аграфією, поверховістю, втратою цілеспрямованості. Відзначаються афатические розладу, агнозія, апраксія. При посиленні хворобливих симптомів коло інтересів звужується до прийому їжі, сну й відправлення природних потреб.

Конфабуляторная форма хвороби з'являється в результаті приєднання атеросклерозу до атрофическому процесу, описаному вище. Відрізняється ейфорією, метушливістю, достатком конфабуляций.

Делириозная форма характеризується потьмаренням свідомості. Виникає в результаті приєднання іншого захворювання, що підсилює атрофический процес.

Хвороба Альцгеймера

Це атипичная форма старечого слабоумства, тому що захворювання починається в більше ранньому віці (40-45 років). Протікає більш важко. При цьому атрофический процес вражає більшою мірою окремі області головного мозку (тім'яно-потиличні, скроневі, лобові відділи лівої півкулі). На першій стадії хвороби Альцгеймера відзначаються розлади уваги, интеллектуально-мнестическое зниження, а також порушення письмової мови й читання, гнозиса, праксиса. У другій стадії прогресує

слабоумство з афатическими, агностичними й апрактическими розладами. У третій стадії наступає глибокий психічний розпад. Послідовність розвитку хвороби така ж, як при старечому слабоумстві, але розпад психічної діяльності більше глибокий. Хворі внаслідок виражених амнестических розладів безпомічні, не здатні обслуговувати себе, можуть робити антисоціальні дії, тому мають потребу в постійному відході.

Хвороба Піка

В основі захворювання лежить атрофія окремих ділянок головного мозку (лобові, скроневі або тім'яні). У цих хворих виражені наступні зміни особистості: зниження ініціативи, пасивність, млявість, аспонтанность, афективне огрубіння, часто підвищений тло настрою, полова розбещеність. Відзначається порушення довільної репродукції, інертність проактивного гальмування (так званий интерферирующий ефект), конфликтность у результаті різкого зниження интеллектуально-мнестической діяльності. Також спостерігаються амнестические розладу, афазії, аграфії, персеверации (слів, фраз, рухів). Зниження пам'яті звичайно вдруге стосовно перерахованим вище розладів. У хворих довгостроково зберігається можливість написання автоматизованих энграмм і читання (без розуміння).

На початковій стадії захворювання зберігається здатність до фіксації, запечатлению. Хворі відтворюють 7-8 слів з 10-ти в порівнянні із хворими старечим слабоумством і хворобою Альц-геймера (2-3 слова). Рідко відзначається Корсаковский синдром. Спостерігається швидка прогредиентность слабоумства в порівнянні із хворобою Альцгеймера. Наприкінці захворювання відзначається байдужність до всіх явищ життя й розпад мови.

Тема 5. Індивідуально-психологічні розбіжності. (пит.. 1,2 –Мєнд. 176-203) На П.з готувати питання лекції + в якості ДЗ доповіді.

1. Поняття темпераменту у клінічній психології.
2. Поняття характеру у клінічній психології.
3. Розлади особистості.
4. Класифікація особистісних розладів.
5. Ексцентричні розлади особистості.
6. Демонстративні розлади особистості.
7. Тривожно-астенічні розлади особистості.

Розлади особистості є однією з дискусійних тем клінічної психології, оскільки хворобливе (патологічне) особистісне функціонування здійснюється за тими ж закономірностям, що й здорове (нормальне), тільки в змінених умовах. До цих змінених умов відносяться: 1) порушення структури ієрархії мотивів; 2) формування патологічних потреб і мотивів; 3) порушення сенсотворення; 4) порушення саморегуляції й опосередкування; 5) порушення критичності й спонтанності; 6) порушення формування характерологічних особливостей особистості.

Про розлади особистості можна говорити тоді, коли в структурі особистості настільки різко виражені певні властивості, що вони стають причиною серйозних страждань або конфліктів. Варто звернути увагу на те, що хворобливим вважається власне не наявність специфічних властивостей (що є проявом індивідуально-особистісних особливостей, різноманіття особистісних характеристик людей), а їхнє домінування над іншими, що приводить до утруднень у соціальному функціонуванні особистості.

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

Особистісні розлади відрізняються від інших змін особистості, що виникають у результаті порушення психічних функцій. Вони являють собою онтогенетичні (тобто виникаючі в процесі розвитку організму людини) стани (риси) особистості, що формуються в підлітковому віці під впливом соціальних умов розвитку й, що зберігаються в періоді дорослості. Як самостійна група психологічних порушень особистісні розлади не викликані іншими психічними розладами або захворюваннями мозку, хоча можуть передувати їм або співіснувати з ними.

Інші зміни особистості, на відміну від особистісних розладів, виникають слідом за важким органічним захворюванням, або в результаті переживання екстремальних ситуацій, або внаслідок травм мозку, безвідносно до того, у яких умовах відбувався розвиток особистості до захворювання.

У сучасній клінічній психології виділяють три групи факторів, що сприяють розвитку патохарактерологічних особливостей:

— генетичні;

— органічні;

— соціальні.

Генетичні фактори визначають особливості функціонування афективної сфери особистості, які під впливом психосоциальных факторів у процесі розвитку стають більше певними й стійкими. При порушеннях особистості саме відзначається посилення або ослаблення функціонування одного з рівнів базальної системи емоційної регуляції. Від цієї системи залежать інтенсивність і спрямованість несвідомої оцінки різноманітних впливів навколишнього середовища. Нерівномірний розвиток рівнів базальної системи визначає дезадаптивный характер взаємодії психіки й середовища.

Виділяють чотири рівні базальної системи емоційної регуляції:

— рівень польової реактивності;

— рівень стереотипів поведінки;

— рівень експансії;

— рівень емоційного контролю.

На рівні польової реактивності відбувається оцінка необхідної дистанції з об'єктом сприйняття. При ослабленні функціонування цього рівня виникає підвищена емоційна чутливість, відчуття небезпеки, що виходить від навколишніх. У людини розвивається потреба в ізоляції, обмеженні контактів з іншими людьми. При посиленні функціонування емоційність знижується, виникає стійкість до зовнішніх впливів, формується потреба в більше інтенсивній стимуляції, сильних враженнях.

На рівні стереотипів поведінки здійснюється емоційна оцінка якостей сприйманого об'єкта з погляду їхньої відповідності актуальним потребам. При ослабленні функціонування цього рівня виникає емоційне незадоволення від контактів з подразниками зовнішнього й внутрішнього середовища. У людини виникає відчуття внутрішнього неблагополуччя й дискомфорту, з'являється заклопотаність своїм здоров'ям, формується потреба в пошуку більше задовільних контактів. При посиленні функціонування цього рівня розвивається емоційна напруга, будь-які перешкоди на шляху досягнення мети сприймаються як прикрі перешкоди. У людини виникає спонукання до силових рішень проблем, прагнення будь-що-будь домогтися бажаного об'єкта.

На рівні експансії здійснюється виділення й емоційна оцінка перешкод на шляху задоволення потреб. У випадку ослаблення функціонування цього рівня в людини розвивається непевність у своїх силах, йому важко приймати рішення й робити вибір, що приводить до більшої орієнтації на зовнішні оцінки. При посиленні функціонування цього рівня світ сприймається як військовий полігон, пошук і подолання труднощів стають невід'ємною частиною життєдіяльності, подолання перешкод розглядається як доказ власної важливості й винятковості, що повинне одержати належну оцінку з боку навколишніх.

На рівні емоційного контролю відбувається емоційна оцінка взаємодії з іншими людьми. При ослабленні функціонування цього рівня розвивається вибірковість, у соціальних контактах, підозрілість, у навколишніх людина бачить насамперед, потенційних супротивників. При підвищенні функціонування будь-які контакти сприймаються як задовільні, якщо вони протікають у межах установлених правил, та й самі правила увесь час оцінюються залежно від контексту ситуації спілкування, що приводить до більшої легкості їхньої зміни залежно від настрою навколишніх.

Органічні поразки мозку, що виникають у перинатальный період життя дитини, при травмах черепа або нейротоксических інфекціях також беруть участь у формуванні розладів особистості. Ученими виявлені зміни функціонування катехоламинових систем, зміни біохімічної активності мозку, латерализации, щільності мозкової тканини в людей з розладами особистості /49/.

У розвитку особистісних розладів фактори генетичної схильності й органічної поразки мозку взаємодіють із факторами психосоціального розвитку особистості — несприятливими сімейними умовами, жорстоким ставленням і насильством у дитинстві, неправильним вихованням. Саме з вирішальною дією факторів психосоціального розвитку зв'язане формування особистісних розладів при певних генетичних й органічних нахилах.

Патологічними способами поведінки стають наступні типи поведінкових реакцій /27/:

— реакції відмови;
— реакції опозиції (протесту);
— реакції імітації;
— реакції компенсації;
— реакції гіперкомпенсації;
— реакції емансипації;[5]
— реакції групування;
— реакції захоплення;
— реакції сексуальні.

Реакції відмови — відмова від соціальних контактів, страх перед новим, втрата життєвої перспективи (виникає при втраті близьких у ранньому віці або в умовах соціальної депривації в закритих установах).

Реакції опозиції — протестна поведінка через образу, обмеження самолюбства, невдоволення з боку дорослих. Активний і пасивний протест. Активний - агресія (у тому числі непряма), неслухняність як реакція на неадекватне ставлення. Пасивний - відмова від дій, мутизм, суїцид, психосоматичні реакції, втеча з дому.

Реакції імітації — повторення поведінки навколишніх (багато чого залежить від того, хто стає об'єктом для наслідування).

Реакції компенсації — маскування власної слабкості.

Реакції гіперкомпенсації — маскування слабкості через прояв протилежної риси (ознаки — зайва бравада, самообмови).

Реакції емансипації — бажання звільнення від впливу дорослих.

Реакції групування — створення почуття захищеності.

Реакції захоплення — интеллектуально-естетичні, тілесні, накопичувані, лідерські, езопові, азартні, інформативно-комунікативні (поверхневе спілкування).

Реакції сексуальні — задоволення різних соціальних потреб (досягнення близькості з іншою людиною, демонстрація свого відношення до іншого, одержання вигоди, підтвердження образа «Я», установлення відносин залежності й підпорядкування й т.п.) за допомогою використання сексуальності (стасевих і гендерных властивостей і відносин).

Генералізація поведінкових реакцій залежить від типу виховання. Саме виховання робить реакції патохарактерологічними. Типи неправильного виховання, що сприяють

[5] Все подчеркнутые реакции возникают не раньше подросткового возраста.

формуванню розладів особистості: гипопротекція, гіперпротекція, виховання в культі хвороби, емоційне відкидання, підвищена моральна відповідальність, суперечливе виховання, виховання поза родиною.

Критерії перетворення поведінкових реакцій у патохарактерологічні:

1) тотальность (займають домінуючу позицію в ієрархії мотивів і проявляються у всіх ситуаціях);

2) відносна стабільність прояву в часі;

3) соціальна дезадаптация.

Відсутність хоча б одного критерію в поведінкових проявах особистості дає підставу говорити про нормальний, але акцентуированном характері. Акцентуації проявляються лише в складних життєвих ситуаціях, тоді як розлади особистості - навіть у звичайних умовах життя.

- 4 –

У вітчизняній клінічній психології як і раніше домінує класифікація, запропонована ще П. Б. Ганнушкиным в 1933 р. і розвинена А. Е. Личко в 1977. У класифікації А. Е. Личко базовими критеріями є типи поведінкових реакцій (їхня виразність і сполучення). Однак з 1994 р. вітчизняна клінічна психологія офіційно перейшла на більше зручну міжнародну класифікацію, у якій як критерій виступає сфера прояву психічних порушень: когнітивна, емоційна або вольова. Відповідно до неї, у сучасній клінічній психології виділяють три види розладів особистості:

— з перевагою порушень мислення (шизоїдні, шизотипові й параноїдні особистості) — ексцентричні;

— з перевагою емоційних порушень (диссоціальні/антисоціальні, емоційно нестійкі — імпульсивний і прикордонний тип, а також істеричні особистості) — демонстративні;

— з перевагою вольових порушень (ананкастні, що ухиляються й уникають, залежні особистості) —-тривожно-астенічні.

Крім зазначених розладів можливі так називані змішані («амальгамні») розлади.

- 5 –

Ексцентричні розлади особистості (з перевагою порушень мислення).

Шизоїдні особистості. Уперше виникаючі в підлітковому віці моделі поведінки, які проявляються у вигляді відокремлення від соціальних контактів й обмеження вираження емоцій у міжособистісних відносинах. Всупереч подібному звучанню слів, шизоїдні розлади особистості мають мало загального із шизофренією. Більшість людей із шизоїдними рисами ніколи не стають психотичними (шизофреніками). Шизоїди - це амбівалентні конфліктні особистості, у яких брутальність і холодність сполучається з надчутливістю. Цим людям властиві емоційна холодність, нездатність проявляти ніжні почуття, а також гнів стосовно інших людей. Однак вони дуже ранимі до повсякденних життєвих труднощів. Зовні «товстошкірі», шизоїдні особистості мають емоційно багатий внутрішній світ. Просто вони не бажають мати близькі відносини з навколишніми, не відчувають радості від таких відносин. Це поширюється навіть на відносини зі членами родини. Саме підвищена чутливість і ранимость призводить їх до захисної аутистичної реакції, замиканні у своєму внутрішньому світі й до складних спалахів люті при порушенні їх збільшеного особистісного простору. Спілкування їх стомлює, що змушує їх бути активно холодними й безпристрасними у відносинах, обмежувати свої інтереси на обмеженому колі діяльності, що вони воліють виконувати індивідуально. Шизоїдним особистостям властиві слабка відповідна реакція й на похвалу, і на критику; незначний інтерес до сексуальних контактів (залежно від віку), підвищена заклопотаність фантазіями й самокопанням. У них мало близьких друзів або приятелів, і вони не прагнуть до розвитку спілкування з іншими, страждаючи від ізольованості, робості й схильності приховувати інтимні сторони свого «Я». У міжособистісних відносинах шизоїдні

особистості схильні до раптових розривів контактів. Часто вони впадають у моралізування або фанатичну релігійність.

Шизоїдний розлад особистості бере початок в емоційно й когнитивно незадовільних дитячщ-батьківських відносинах у дитинстві. Емоційна незадоволеність полягає в недостатності позитивних емоційних підкріплень поведінки дитини з боку матері. Когнітивна незадоволеність полягає в неузгодженості когнітивного й емоційного аспектів спілкування матері з дитиною, тобто в неадекватній передачі вербальної й невербальної інформації про відношення матері до дитини.

Шизотипові розлади особистості. Вперше виникаючі в підлітковому віці порушення соціальної й міжособистісної взаємодії, які характеризуються дискомфортом, пов'язаним з недостатньою здатністю створювати тісні взаємини з навколишніми, когнітивними порушеннями (аномальне мислення), перекручуванням сприйняття й ексцентричністю поведінки або зовнішнього вигляду. Головною ознакою виступає чудакувата поведінка, що супроводжується неадекватними або стриманими афектами (виглядають емоційно холодними й усунутими). Вони погано контактують із іншими, прагнучи до соціальної відгородженості. Схильні до магічного мислення, підозрілості. Іноді виникають нав'язливі міркування й порушення сприйняття (ілюзії, галюцинації). Аномалії мислення проявляються в аморфності, докладності, надлишкової метафоричності й деталізації, вичурності мови. Однак розірваності мислення немає. Іноді вигадлива поведінка може супроводжуватися стійкими обсессивно-фобіченими або істеричними реакціями, поведінковими штампами й інертністю.

Виділення шизотипичних особистостей у класі розладів особистості є дискусійним. У клінічній психології й психіатрії існує тривала традиція розглядати це порушення слідом за німецьким психіатром Э. Блейлером не як особистісне, а як вялотекущую шизофренію. Головною відмінністю шизотипического розладу особистості від шизофренії варто вважати збереження в цих людей почуття реальності.

Параноїдні розлади особистості. Уперше виникаючі в підлітковому віці недовіра й підозрілість у відношенні навколишніх, які супроводжуються інтерпретацією дій останніх як зловмисних і спрямованих проти цієї людини. Надмірна чутливість до невдач і відмов; тенденція бути постійно незадоволеним кимсь, відмова прощати, підозрілість, тенденція спотворювати реальні дії інших людей, інтерпретуючи їх тільки як ворожі або презирливі. Параноїдна особистість стурбована сумнівами в лояльності й надійності друзів і колег, вважає, що інші загрожують її репутації або будуть використовувати інформацію проти її, сумнівається у вірності свого сексуального партнера. Вона позбавлена почуття гумору й емоційно ригідна. Скрутні ситуації легко призводять до навмисної ворожості й агресивності стосовно партнерів. Має войовниче-педантичне відношення до питань, пов'язаним із правами людини (без обліку фактичної ситуації); тенденцію до переживання своєї підвищеної значущості (все відносить на свій рахунок); пошук таємного змісту в тому, що відбувається.

Розвиток параноїдного розладу особистості, очевидно, пов'язаний з жорстоким ставленням у дитинстві, занадто твердими покараннями й авторитарним стилем виховання.

Демонстративні розлади особистості (з перевагою порушень в емоційній сфері).

Диссоціальні розлади особистості. Уперше виникають у віці до 15 років як груба невідповідність поведінки домінуючим соціальним нормам, ігнорування й порушення прав навколишніх. Уже в дитинстві в потенційно диссоціальної особистості часті втечі з будинку, крадіжки, прогули уроків. ДО 15 років відзначається вживання психоактивних речовин і бажання припинити навчання. Кульмінація розладу наступає у віці пізньої юності. У цілому диссоціальний розлад проявляється у безсердечному відношенні до почуттів інших; безвідповідальності, зневазі правилами й обов'язками; нездатності

підтримувати взаємини при відсутності труднощів у встановленні контактів. Диссоціальна особистість має низьку стійкість до фрустрацій і низький поріг розрядки агресії. Вона нездатна випробовувати почуття провини й витягати користь із життєвого досвіду (особливо - з покарання); має виражену схильність обвинувачувати навколишніх або висувати пояснення своїй антисуспільній поведінці. Диссоціальна особистість схильна до неправди, що проявляється в частих і повторних обманах навколишніх, прагненні одержати з неправди особисту вигоду або задоволення. У таких людей нерідко зустрічається безрозсудне ігнорування особистої безпеки й безпеки інших людей, що підвищує ризик травматизації й насильницької смерті, а також розвитку делинквентної (протиправної) поведінки.

Диссоциальні особистості емоційно нерозвинені: у них не вистачає готовності до співпереживання й співчуття, жалю й подяки. Через це вони схильні до садизму й насильства (не завжди, однак, що досягають кримінального рівня).

Розвиток диссоциального розладу особистості пов'язаний з ранньою втратою батьків, недоліком турботи й уваги матері, антигромадським поводженням батька, непослідовними (суперечливими) відносинами між батьками, недостатніми емоційними зв'язками між батьками й дитиною.

Емоційно нестійкі розлади особистості полягають у яскраво вираженій тенденції діяти імпульсивно, не думаючи про наслідки. Характерною рисою є нестійкість настрою (легкість виникнення гніву) і підвищена збудливість, що легко провокує в таких людей поведінкові вибухи й агресію в тих випадках, коли навколишні виявляють своє несхвалення надмірною спонтанністю поводження емоційно нестійких осіб або протидіють ім. Наслідки свого поводження такі особистості звичайно не можуть передбачати, тому діють імпульсивно у відповідності тільки з мінливим настроєм без обліку ситуації соціальної взаємодії. Виділяють два різновиди емоційно нестійкого розладу особистості (імпульсивна й прикордонна особистість), які поєднує загальна основа: імпульсивність і відсутність самоконтролю.

Імпульсивний тип емоційно нестійкого розладу особистості проявляється в слабкості контролю над поводженням, спалахах агресії й невиправданої жорстокості у відповідь на осуд навколишніми. Цей тип також називається «збудливим (агресивним, эксплозивним)». Збудливі люди схильні до афективних вибухів, сила яких не відповідає приводу, що викликав реакцію. Афект не стримується або стримується слабко, тому він швидко втілюється в наступальне агресивне поводження, що має ціль афективної розрядки, після якої наступають жаль і каяття. Між цими афективними імпульсами ніяких інших порушень особистісного функціонування не відзначається. Нерідко провокуючим фактором порушення для таких людей є алкоголь.

Розвиток імпульсивного типу емоційно нестійкого розладу особистості відбувається на тлі незначних органічних ушкоджень мозку в раннім дитинстві, завдяки яким формується підвищена готовність до афективних нападів при нерозвиненості гальмових процесів. Разом з тим ця органічна особливість актуалізується при наявності в психіці неусвідомлюваних спонукальних імпульсів - витиснутих агресивних прагнень.

Прикордонний тип емоційно-нестійкого розладу особистості поряд з емоційною нестійкістю включає тотальні перекручування образа «Я» (особистісна невизначеність, нестабільність самооцінки й непевність у своїх бажаннях, перевагах, цінностях і т.п.). Зміст і спрямованість намірів і переваг (у тому числі - сексуальних) прикордонної особистості невизначені й часто незрозумілі оточуючим людям і здаються їм дивними. Тому міжособистісні відносини людей із прикордонними розладами нестабільні й напружені: вони увесь час коливаються між ідеалізацією й знецінюванням своїх партнерів і не можуть зрозуміти, які ж почуття вони насправді випробовують до них. Нерідко всі люди розділяються ними на ті, кому людина із прикордонним розладом особистості подобається, і тих, хто його ненавидить. Тим, хто, як здається прикордонної особистості, позитивно ставиться до нього, прикордонна особистість приписує різноманітні ідеальні

якості й прагне до різноманітного спілкування з ними. Людина як би балансує на грані збереження адекватності реальним ситуаціям взаємодії. Йому здається, що близькі люди можуть незабаром розірвати з ним усякі відносини, що приводить до шалених спроб уникнути цього «неминучого кінця» (мнимого або реального). Нестійкість міжособистісних відносин приводить до емоційних криз, вираженим коливанням настрою (наприклад, людина епізодично впадає в глибоку зневіру, озлобленість, гневливость або починає випробовувати сильну тривогу про своє майбутнє), постійному відчуттю спустошеності життя. Емоційна нестабільність може проявлятися в імпульсивних потенційно саморуйнівних діях (у тому числі - постійне бажання участі в бійках, погрози покінчити із собою), нав'язливих бажаннях і залежностях (наприклад, бездумна витрата грошей, нескінченна й безцільна зміна сексуальних партнерів, зневага правилами, переїдання, зловживання психоактивными речовинами й т.д.).

Розвиток прикордонного розладу особистості пов'язане з органічними порушеннями, обумовленими ушкодженням головного мозку в перинатальном періоді, травмами або захворюваннями головного мозку, що викликають порушення в діяльності лобових часток. Ці органічні поразки актуалізуються в умовах відсутності батьківської турботи в дитинстві, складних сімейних відносин, а також під дією ситуацій фізичного або сексуального насильства (особливо в дитинстві).

Істеричні розлади особистості. Уперше виникають у підлітковому віці у вигляді надмірної емоційності й прагнення залучати до себе увагу. При істеричному розладі особистість замість щирих переживань прагне демонструвати «художньо більше виражені», театральні емоції. Вона схильна до само драматизації. Істерична особистість відчуває сильний емоційний дискомфорт у ситуаціях, коли на неї не звертають уваги. Її відносини з навколишніми часто повні недоречних проявів сексуальності (у зовнішності або в педінці). Така людина надмірно стурбована своєю фізичною привабливістю, схильна трактувати виникаючі відносини як більше інтимні, чим це є насправді. Мова істеричної особистості надзвичайно виразна, але неточна. Така людина має підвищену сугестивність і зазнає впливу навколишніх. Емоції лабильні та поверхневі, а сама особистість прагне до постійного емоційного порушення, у неї є своєрідна спрага переживань і спрага контактів, що можуть їх дати. Тому істеричні особистості легко й швидко зав'язують поверхневі знайомства, схильні пристосовуватися до думки навколишніх і маніпулювати ними у своїх цілях. Через виражений маніпулятивності спілкування й недовірливості їм складно встановлювати глибокі й міцні зв'язки. При цьому потреба в контактах надзвичайна. Істерична особистість ніколи не відступає, поки не доможеться уваги до себе. Вона схильна нав'язувати, боротися за дружбу, навіть якщо дружні відносини й не встановлюються або не задовольняють її. Виражене прагнення до встановлення контактів і слабка комунікативна здатність пов'язані з підвищеною уразливістю й дають привід для розвитку конфліктних міжособистісних відносин.

Істеричної особистості складно встановити щасливі сімейні відносини, тому що вона прагне до повного підпорядкування партнера. Разом з тим істеричні розлади сприяють раннім і поспішним шлюбам, які виявляються недовговічними. Втім, повторні шлюби за характером відносин не відрізняються від першого.

Варто розрізняти істеричний розлад особистості від істеричних конверсійних реакцій, у яких переважають соматичні, а не емоційні порушення. Конверсійні істеричні реакції можуть зустрічатися в будь-якої людини, що не володіє істеричним розладом.

Основа для розвитку істеричного розладу заставляється у віці приблизно між чотирма й шістьома роками, коли дитина зіштовхується з розбіжністю бажань і можливостей. Провокуючим фактором розвитку істеричного розладу особистості стає виховання дитини по типі «кумир родини» або гіперопіка, коли батьки балують дитину, залишають її наодинці зі стійкими бажаннями, спрямованими тільки на свої власні потреби без врахування реальних можливостей.

З віком істеричні форми поведінки слабшають, поступаючись місцем іпохондричним страхам і депресіям.

Тривожно-астенічні розлади особистості (з перевагою порушень вольової сфери).

Ананкастні розладу особистості. Виникаюча в підлітковому віці надмірна заклопотаність порядком, прагнення до досконалості, організованості й контролю (заклопотаність обов'язковим дотриманням правил, порядку, графіка). В ананкастної особистості є схильність до формування нав'язливого бажання проявляти надточність і перфекціонізм, бути надмірно сумлінним на шкоду міжособистісним зв'язкам і відносинам. Людина настільки виявляється зв'язана роботою, що виключає можливість відпочинку й дружнього спілкування (навіть якщо фінансове становище дозволяє відпочивати). Прагнення до перфекціонізму заважає таким людям успішно завершувати поставлені завдання: вони ніяк не можуть зупинитися, вважаючи, що зробили ще не все можливе, щоб завдання було вирішено якнайкраще, увесь час сумніваються в правильності й досконалості вже ухваленого рішення. Зі схильністю до перфекционизму в них зв'язана підвищена педантичність і прихильність соціальним нормам, упертість і негнучкість мислення (один раз установлене правило вони міняють на превелику силу). До інших людей вони проявляють наполегливі вимоги, щоб і вони всі робили точно так само, як й ананкасти, не бажаючи надавати їм свободу дій у виконанні завдань.

При ананкастному розладі особистості людині дуже складно позбуватися від зовсім непотрібних речей, навіть якщо вони не пов'язані із приємними спогадами. Вони зберігають їх просто тому, що побоюються порушення встановленого порядку. Таке ж відношення людин проявляє й до грошей (прикладом ананкастной особистості може бути такий літературний приклад - скупий лицар, що марніє над скринею із золотом).

Нерідко людей з ананкастним розладом дуже цінують за надійність, однак самі вони є рабами своєї надмірної совісності, скоріше вступаючи в психологічний конфлікт із собою, ніж з навколишніми. Характеристика ананкастної особистості нагадує описаний З. Фрейдом анальний характер.

Насправді організованість, порядок і правила покликані звільнити діяльність людини від рішення банальних питань повсякденного життя, вивільняючи час для рішення серйозних проблем. Однак чим менше впевнена в собі й менш рішуча особистість, тим більше вона має потребу в такій ознаці, як заорганізованість життєдіяльності: чим менше людина, по своїх уявленнях про себе, може досягти в житті, тим більше він прагне до впорядкування широкого кола процесів, у які він може бути залучений, і хоче підтримувати (ніколи не міняючи) сталий порядок.

Провокуючим фактором тут виступає такий стиль дитячо-батьківських відносин, при яких до дитини пред'являються завищені вимоги й застосовуються тверді санкції за недотримання встановлених правил.

Розлад особистості, що ухиляється. Вперше проявляється в підлітковому віці в прагненні обмежити соціальні контакти через відчуття власної неповноцінності й надчутливості до негативних оцінок і критики з боку навколишніх. Така особистість зазнає постійне загальне почуття напруженості, важкі передчуття, викликані уявленнями про свою соціальну нездатність, особистісну непривабливість, приниженість стосовно інших. При розладі що ухиляється й уникає особистості людина не бажає вступати ні в які взаємини без гарантій сподобатися через страх перед докорами або глузуваннями з боку партнерів. Гіпертрофоване почуття власної неповноцінності змушує особистість, що ухиляється, придушувати виникаючі в міжособистісних відносинах емоції, особливо при спілкуванні з малознайомими людьми. Страх критики й відкидання змушує її ухилятися від соціальної або професійної діяльності, пов'язаної з міжособистісними контактами й спілкуванням. Побоювання виявитися в скрутному стані змушує особистість, що ухиляється, відмовлятися від цікавих пропозицій про новий вид діяльності, особливо

пов'язаному з відповідальністю. Все це призводить до формування обмеженого життєвого укладу.

особистості, Що Ухиляються, не проявляють наполегливості, приховують свою злість, що носять у собі довго й важко. Негативні переживання не витісняються, а зберігаються, не проявляючись зовні. Тому вони схильні до застреванию на афекті. При значному застої афекту в них трапляються раптові й сильні вибухи поводження.

особистості, Що Ухиляються, у загальному комунікабельні, але пасивні в спілкуванні. Дуже довго вибирають собі партнерів. Професію вони часто вибирають за принципом компенсації почуття неповноцінності.

Літературним прикладом особистості, що ухиляється, може служити «бридке каченя».

Провокуючим фактором розвитку такого розладу є виховання в неповній родині, коли самотня мати намагається всупереч реальності ідеалізувати батька в очах дитини або замінити батька (дитина в цьому випадку виконує символічну роль чоловіка). Самотня мати намагається прив'язати до себе дитини, надмірно оберігає його й максимально розвантажує від повсякденних турбот, очікуючи від дитини відповідного ідеального поводження, сумлінності, честолюбства й успіхів, не обертаючи уваги на внутрішні потреби самої дитини. Якщо ж дитина починає проявляти себе, то таке поводження зустрічає різкий осуд з боку батьків. При такому вихованні особистість, з одного боку, стає вразливої, м'якої й ранимої, а з іншого боку - марнолюбної. Це й визначає її залежність від зовнішніх оцінок.

Розлад залежної особистості. Являє собою вперше виникаючу в підлітковому віці глибоку й надмірну потребу в турботі з боку навколишніх, у результаті якої виникає покірне й залежне поводження, страх перед розлукою. Цей розлад характеризується прагненням людини перекласти на інших людей більшу частину важливих рішень у своєму житті. Такої особистості важко зробити вибір для рішення навіть повсякденних питань без допомоги, підбадьорення або переконання з боку. Вона боїться самостійності й самітності одночасно. Острах самостійності зв'язаний не з відсутністю мотивації або енергії діяти, а з тотальною непевністю у своїх силах. Із цією же непевністю зв'язаний і страх самітності: людина боїться, що не зможе подбати пр самому себе й, будучи один, виявиться безпомічним. Тому залежна особистість судорожно чіпляється за людей, підкоряє свої потреби й бажання потребам і бажанням навколишньої й не хоче пред'являти навіть розумні вимоги людям, які з нею спілкуються. Партнерські відносини залежна особистість розглядає як джерело абсолютної підтримки й турботи про себе. Тому вона відчуває страх бути покинутої особою, з яким є тісний міжособистісний зв'язок, і у випадку втрати близьких відносин негайно намагається знайти нову близьку людину, на який можна було б перекласти відповідальність за своє життя.

Умови виникнення цього розладу мало відомі. факторами, що провокують її, можна вважати надмірну батьківську турботу або її повну відсутність (через фізичну втрату батьків або їх неуважного, байдужного відношення до своєї дитини), а також наявність у дитинстві тривожного розладу, викликаного розлукою. Надмірна турбота блокує розвиток ініціативності й активності у взаєминах з навколишніми й формує «виучену безпорадність». Відсутність батьківської турботи формує тотальну непевність у собі й прагнення будь-що-будь одержати визнання інших людей, від яких можна одержати необхідну допомогу й підтримку.

Тема 6. Психологія хворого.

1. Психосоматичні розлади
2. Психосоматичні захворювання.

- 1 –

Під психосоматичними розладами розуміють симптоми й синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), обумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини й пов'язані зі стереотипами її поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньо особистісного конфлікту.

Віднесення симптомів до психосоматичних можна вважати обґрунтованим у тих випадках, коли вони не супроводжуються іншими диссоціативними розладами, зокрема психопатологічними (амнезією, трансом, тощо). У іншому випадку їх варто розглядати як невротичні.

З розладів серцево-судинної системи типовими є т.зв. «неврози серця», гіперкінетичний серцевий синдром, суправентрикулярні тахікардії й синдром вегетативно-судинної (нейроциркуляторной) дистонії. У поняття «неврозу серця», або функціональних порушень серцевого ритму включають порушення серцевої діяльності, що проявляються тахікардією, відчуттям прискореного серцебиття, серцевими спазмами й короткими аритміями (Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер). Пацієнти вказують на почуття здавлювання в області серця, що супроводжується задишкою, різноманітними парестезіями, страхом ядухи й розвитку інфаркту міокарда. Найпоширенішим є синдром вегетативно-судинної дистонії.

До психовегетативних симптомів відносять також порушення циклу пильнування-сон-пильнування і порушення терморегуляції (наприклад, субфібрилітет). Під функціональними (істеричними) гиперсомніями розуміють порушення пильнування у вигляді тривалого сну людини, що наступає слідом за сильними емоційними переживаннями. У літературі найбільш тривалий випадок істеричної гиперсомнії, що тривав 164 дня спостерігав Gairdner. Агрипничний синдром характеризується стійким безсонням і пов'язаними з ним вегетативними проявами. Субфебрилитет як реакція організму на психоемоційні впливи характеризується підвищенням температури тіла й неадекватними температурними реакціями.

Типовими функціональними синдромами порушень дихальної системи є т.зв. «невротичний дихальний синдром», або «подих подихами». Синдром гіпервентиляції характеризується швидкими і частими подихами, пов'язаними з почуттям нестачі повітря, стиснення в грудях й компульсивно глибоким подихом. У хворого можуть з'являтися такі симптоми як судоми кінцівок, парестезії в області рота й кінцівок, нерідко аэрофагія й метеоризм. При невротичному дихальному синдромі подих характеризується часто поглибленими вдихами, що переривають, подовженим гучним видихом. Хворі вказують на неможливість зітхнути «повними грудьми», відзначаючи скутість грудної клітки («дихальний корсет»). Кашель «закочування» проявляється надрывностью, почуттям незадоволення після кожного наступного відкашлювання. Він може проявлятися т.зв. «подкашливаниями» - своєрідними руховими актами, метою яких є усунення дискомфорту в дихальному горлі («зняття плівки або слизу»).

Розлади шлунково-кишкового тракту розділяються на функціональні симптоми й порушення харчового поводження. До перших відносяться: аэрофагія, метеоризм, запори й діарея; до других —булимия. При аэрофагии відбувається заковтування людиною великої кількості повітря з почуттям переповнення шлунка й потребою звільнити його від повітря. Саме тому частим симптомом аэрофагии вважається голосна відрижка повітрям. Пацієнти схильні з метою усунення почуття дискомфорту в області шлунка неодноразово й часто робити відрижку. При цьому не завжди вона досягає мети, і потрібне багаторазове повторення даної дії. Ознаками метеоризму виступають неприємне «бурління й гурчання» у животі, що супроводжується почуттям дискомфорту, а іноді й болем. Розлади харчового

поводження у вигляді нервової анорексии полягає в зникненні в людини в силу емоційних переживань і психологічних причин апетиту. Вона схильна відмовлятися від їжі, що нерідко супроводжується блювотою. Булимия характеризується протилежними ознаками: частою появою нападів голоду й пов'язаного з ним переїдання, а також активним контролем ваги шляхом частих рвот або використання проносних.

До функціональних розладів сечостатевої системи звичайно зараховують функціональні сексуальні розлади: психогенну імпотенцію, вагінізм, диспареунию, передчасну эякуляцію. Симптом психогенної імпотенції проявляється порушенням эрекційної складової копулятивного циклу, зникненням достатньої для здійснення коитуса ерекції при збереженому рівні лібідо. Передчасна эйякуляция характеризується сім'явиверганням або до початку овтальному контакту, або в процесі його, але до досягнення оргазму партнеркою. Ці синдроми супроводжуються глибокими психологічними переживаннями й вторинними соматоформными розладами. Функціональні сексуальні порушення в жінок включають втрату здатності отримувати задоволення при сексуальній взаємодії, появу болючих й інших неприємних відчуттів- під час контакту (диспареунія) і спастичне скорочення м'язів піхви при підготовці до контакту або гінекологічного обстеження (вагінізм).

Окремими симптомами функціональних психосоматических розладів вважаються болючий синдром і сверблячка. Перший проявляється двома формами психогенним болем і фантомним болем. Участь психологічних факторів у формуванні болючих відчуттів загальновизнана. Однак, учені виділяють самостійну форму болю – психогенну, у тих випадках, коли говорити про інших факторів, що викликають її можна лише умовно. Часто психогенний біль сполучається з іншими функціональними розладами. Так, у рамках диспареунії основним симптомом є біль, що виникає в полових органах жінки тільки при коітальному контакті, тоді як гінекологічне обстеження не виявляє болючих відчуттів. При фантомному болі хворі відчувають біль в ампутованій кінцівці. При цьому виникають відчуття поколювання, розпирання, печіння, почуття холоду або ваги. Психогенна шкірна й аногенітальна сверблячка характеризуються вираженим відчуттям печіння або на поверхні шкіри, або в області промежини. Почісування й дотики стають самоціллю, однак не знімають симптомів сверблячки, а лише підсилюють прояву сверблячки.

До групи психосоматозів, або психосоматичних захворювань відносяться соматичні хвороби, роль психічного фактора в этиопатогенезі яких є істотною, а іноді головною. Психічний фактор у випадках психосоматичних захворювань виступає у вигляді особистісної предиспозиції, виборі специфічних способів переробки конфліктів і традиційних характерологичних стилів поводження у фрустрируючих ситуаціях.

До класичних психосоматичних захворюваннь, називаним «святою сімкою» («holy seven»), відносять хвороби, роль психологічних факторів в этиопатогенезе яких уважається доведеною:

гіпертонія
виразкова хвороба 12-перстной кишки
бронхіальна астма
цукровий діабет
нейродерміти
ревматоидный артрит
виразковий коліт

Близько до цього полюса розташовуються такі захворювання як: гіпертиреоз, міома матки, ішемічна хвороба серця й деяких ін.

Основними параметрами особистості, схильної до формування гіпертонії, вважається интерперсональное напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і почуттям залежності, з іншої. Alexander уважав, що поява гіпертонії обумовлена

бажанням відкрито виражати ворожість при одночасній потребі в пасивному й адаптованому поводженні. Даний конфлікт можна охарактеризувати, як конфлікт між такими суперечливими особистісними устремліннями як одночасна націленість на прямоту, чесність і відвертість у спілкуванні й увічливість, чемність й избегание конфліктів. В умовах стресу така людина схильна стримувати власну дратівливість і придушувати бажання відповісти кривднікові. На думку В.С.Ротенберга, придушення негативних емоцій у людини в період стресу, що супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, здатно погіршити загальний стан людини й навіть сприяти розвитку інсульту.

Інший внутріособистісний конфлікт характер для людей зі схильністю до захворювання виразковою хворобою 12-перстной кишки. У людини у зв'язку з деякими особливостями виховання в раннім дитинстві формується своєрідний характер, що призводить до того, що індивід випробовує в дорослому стані постійну потребу в захисті, підтримці й опіці. При цьому в ньому одночасно вихована й повага до сили, самостійності й незалежності, до яких він прагне. У результаті відбувається зіткнення двох взаємовиключних потреб (в опіці й самостійності), що призводить до нерозв'язного конфлікту й виразкової хвороби. Oveibeck й Biebl запропонували типологію виразкових хворих залежно від деяких психологічних параметрів їхньої особистості. Вони виділили п'ять типів.

При бронхіальній астмі відзначаються протиріччя між «бажанням ніжності» й «страхом перед ніжністю». Такий конфлікт описується як конфлікт «володіти-віддати». Люди, що страждають бронхіальною астмою часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому «випустити гнів на повітря», що провокує напади ядухи. Крім того, відзначається така якість астматиків, як надчутливість, особливо до заходів, що пов'язана зі зниженою акуратністю.

Особистість хворого цукровим діабетом описується як така, якій обов’язково властиве почуття хронічної незадоволеності. Однак, вважається, що на відміну від представників інших психосоматичених захворювань не існує певного діабетичного типу особистості.

До нейродермітів психосоматического генеза відносять екзему й псоріаз. Пацієнти часто характеризуються пасивністю, їм важко дається самоствердження.

При виразковому коліті - виникнення захворювання після переживань «втрати об'єкта» й «катастроф переживання». У хворих відзначається занижена самооцінка, надмірна чутливість до власних невдач і сильне прагнення до залежності й опіки. Захворювання часто розглядають як еквівалент суму.

Для пацієнтів з ревматоїдним артритом специфічними вважаються «застигла й перебільшена позиція» пацієнта, демонстрація високого рівня самоконтролю. Характерна також тенденція до самопожертви й перебільшеної готовності допомоги навколишнім.

Слід зазначити, що перераховані особистісні й характерологические особливості пацієнтів із психосоматическими захворюваннями не варто абсолютизувати. Вони лише відбивають загальні тенденції.

Найбільш розробленими є психологічні типи особистості, схильні до ішемічної хвороби серця. Коронарний тип особистості А, схильний до інфаркту міокарда, містить у собі такі властивості, як високий рівень домагань, виражений потяг до досягнення мети, прагнення до конкурентної боротьби. Така людина постійно відчуває дефіцит часу для виконання своїх численних планів, перебуває в цейтноті. Вона одержима прагненням зробити усе краще й швидше інших, систематично переборюючи почуття втоми. Практично ніколи не дозволяє собі розслабитися, постійно напружена. Її робочий день розписаний по хвилинах. Ішемія може виникнути у випадку появи неконтрольованої людиною ситуації, втраті контролю й самовладання. Потрапляючи в такі ситуації, людина спочатку починає енергійно вживати зусилля по відновленню контролю над ситуацією, оскільки безсилля розв'язати конфлікт принижує, її у власних очах. Але якщо ця

активність (навіть гіперактивність) не призведе до негайного успіху й неефективність дій стає очевидною для індивіда, він дає реакцію капітуляції й занедужує. Протилежністю типу особистості А є тип В, у якого стенокардія й інфаркт міокарда зустрічаються вдвічі рідше.