

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний авіаційний університет

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Практикум
для студентів спеціальності
6.040100 «Психологія»

Київ 2009

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний авіаційний університет

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Практикум
для студентів спеціальності
6.040100 «Психологія»

Київ
Видавництво Національного авіаційного університету
«НАУ-друк»
2009

УДК 159.97:616.89
ББК Ю 948.4 я 7
П 206

Рецензенти: Л.Ф. Бурлачук, С.В. Діденко, О.М. Долгова

Укладачі: О.В. Сечейко, О.М. Назарук, О.І. Западенко

Затверджено методично-редакційною радою Національного авіаційного університету (протокол № 2/09 від 12.02.2009 р.).

Патопсихологія : практикум / уклад. : О.В. Сечейко, О.М. Назарук, О.І. Западенко. – К. : НАУ, 2009. – 48 с.
П 206

Практикум містить навчальний матеріал до практичних занять з патопсихології, винесений на самостійне опрацювання.
Для студентів спеціальності 6.040100 «Психологія».



ВСТУП

«Патопсихологія» належить до прикладних дисциплін і відіграє значну роль у професійній підготовці майбутніх психологів. Укладачі практикуму мали на меті допомогти студентам підготуватися до практичних занять з патопсихології, правильно визначити коло питань в межах кожної теми, зрозуміти їх послідовність та взаємозв'язок. Матеріал практикуму поданий у формі структурованих тематичних блоків, що за змістом та послідовністю відповідають навчальній програмі дисципліни.

Кожна тема містить питання програми, ключові терміни, питання для самоконтролю, тестовий матеріал, задачі, тематику дискусій та список рекомендованої літератури.

Якість знань студента з дисципліни оцінюватиметься відповідно до здобутих знань та набутих умінь.

✓ Студент повинен

знати:

- предмет вивчення та основні завдання патопсихології;
- історію розвитку та становлення патопсихології як самостійної науки;
- механізми і закономірності порушення психічної діяльності при психічних розладах різної етіології;
- принципи та форми проведення патопсихологічного обстеження;

уміти:

- володіти методичними прийомами виявлення патологічних проявів психічної діяльності;
- самостійно підбирати методики для вирішення поставленого завдання в межах патопсихологічного обстеження;
- здійснювати адекватну інтерпретацію отриманих результатів;
- зробити кваліфікований висновок про порушення психічної діяльності за результатами патопсихологічного обстеження та визначити напрями корекційної роботи.



Розділ I

ВСТУП ДО ДИСЦИПЛІНИ



Тема 1. Предмет та завдання вивчення патопсихології

Структура матеріалу. Предмет патопсихології як науки. Актуальна теоретична проблематика та прикладні завдання патопсихології на сучасному етапі. Місце патопсихології в системі наук. Критерії визначення психічного здоров'я та відхилень від нього.

Ключові поняття: патопсихологія, психопатологія, психічна норма, психічне здоров'я, аномальна поведінка, психічні розлади, розпад психічної діяльності, структура дефекту, велика та мала психіатрія.

Література: [1]; [11]; [19]; [22].

? Питання для самоконтролю

1. Назвіть об'єкт і предмет патопсихології як науки. Визначте різницю між патопсихологією та психопатологією.
2. Визначте основні прикладні завдання патопсихології та розкрийте їх зміст.
3. Назвіть завдання, що є специфічними для дитячої патопсихології.
4. Яке місце та значення належить патопсихології в системі медичних та психологічних знань?
5. Поясніть необхідність вивчення дисципліни «Патопсихологія» для практичного психолога.
6. Розкрийте сутність понять «психічна норма» та «патологія».
7. Визначте критерії психічного здоров'я та аномальної поведінки.
8. Поясніть принцип розподілу психічних захворювань на велику та малу психіатрію.

Тема 2. Історія розвитку патопсихології

Структура матеріалу. Розвиток психіатрії в різних культурах у стародавні часи. Ставлення світових релігій до проблеми психічних розладів. Регресивний вплив демонології на розвиток наукових уяв-

лень про психічні захворювання. Сутність основних наукових підходів до розуміння аномальної поведінки: медичного, психоаналітичного, біхевіористичного, когнітивного, гуманістичного, соціокультурного. Становлення патопсихології як самостійної галузі психології. Внесок вітчизняних науковців у розвиток патопсихології.

Основні напрями досліджень та теоретичні положення дитячої патопсихології в історичному екскурсі. Досягнення та актуальні проблеми науки на сучасному етапі.

Ключові поняття цієї теми передбачають знання основних теоретичних положень та практичних розробок таких вчених, як: Гіппократ, Аристотель, Асклепід, Гален, Е. Крепелін, З. Фрейд, І. Сеченов, І. Балінський, В. Бехтерев, С. Корсаков, І. Сікорський, О. Лазурський, Л. Виготський, В. Сербський, В. Гіляровський, Ж. Піаже, О. Лурія, С. Рубінштейн, В. Гарбузов, О. Захаров, Д. Ісаєв, М. Лебединський, О. Лічко, Б. Зейгарник, В. Блейхер.

Література: [10]; [11]; [15]; [19].

? Питання для самоконтролю

1. Проаналізуйте сутність уявлень щодо психічних захворювань у стародавніх країнах – Єгипті, Індії, Греції, Єрусалимі.
2. Розкрийте основні положення вчення Гіппократа та Аристотеля щодо психічних розладів.
3. Порівняйте ставлення до психічно хворих людей протягом історії розвитку людства.
4. Зробіть порівняльний аналіз уявлень представників основних психологічних напрямів щодо природи психічних аномалій.
5. Визначте основні положення, сформульовані вченими школи В. Бехтерева та школи С. Корсакова.
6. Визначте основні напрями досліджень сучасної патопсихології.

Тема 3. Етіологія, патогенез та класифікація психічних розладів

Структура матеріалу. Причини виникнення психічних розладів: генетично обумовлені розлади; органічні ураження; психогенні захворювання. Особливості виникнення та розвитку аномалій органічного та психогенного походження. Принципи систематизації психічних розладів та їх основні класифікації. Особливості перебігу психічних розладів та їх типологія.

Ключові поняття: етіологія, екзогенні та ендогенні фактори, соматогенні та психогенні розлади, патогенез, первинні та вторинні симптоми, синдром, нозологічний принцип, епідеміологія, клінічні прояви, прогноз захворювання, частковий та загальний характер порушень психічного розвитку, функціональні розлади, органічні розлади, розлади особистості, Міжнародна класифікація захворювань (МКЗ), Міжнародна класифікація психічних захворювань (DSM).

Література: [1]; [2]; [7]; [13]; [14]; [16]; [19]; [26].

? Питання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність термінологічних понять патопсихології: епідеміологія, етіологія, патогенез.
2. Визначте основні фактори, які можуть спричинити аномальний психічний розвиток та систематизуйте їх за групами.
3. Назвіть принципові відмінності розвитку психічних захворювань органічного та психогенного походження.
4. Проаналізуйте особливості перебігу та основні симптоми при загальних та часткових порушеннях психічного розвитку.
5. Поясніть принципові розбіжності понять «первинний дефект» й «вторинний дефект».
6. Дайте характеристику основних класифікацій психічних розладів.
7. Розкрийте зміст рубрик Міжнародної класифікації психічних розладів (DSM).

Тема 4. Організація та методи патопсихологічного обстеження

Структура матеріалу. Принципи побудови та структура патопсихологічного дослідження. Експеримент як основний метод патопсихологічного обстеження. Бесіда та спостереження як методи патопсихологічного обстеження. Принципи проведення патопсихологічного обстеження та його специфіка відповідно до вікових особливостей пацієнта.

Історія хвороби і психічний статус пацієнта. Лабораторні тести в психіатрії. Особливості застосування психодіагностичного методу при патопсихологічному обстеженні. Форми та види звітності у роботі патопсихолога.

Ключові поняття: методологія патопсихологічного дослідження, патопсихологічний експеримент, клінічна бесіда, історія хвороби,

анамнез, психічний статус хворого, протокол обстеження, пато-психологічний діагноз, принцип конфіденційності, стандартизовані, проєктивні та напівпроєктивні методики, нейроендокринні тести, плієсомнографічний комплекс, радіоізотопна цистенографія, ядерно-магнітний резонанс, комп'ютерна томографія, вимірювання регіонального мозкового кровотоку.

Література: [1]; [4]; [10]; [11]; [12]; [13]; [25].

Питання для самоконтролю

1. Визначте принципи побудови пато-психологічного обстеження та назовіть його основні складові.
2. Назвіть основні відмінності пато-психологічного експерименту від психологічного.
3. Дайте характеристику експериментальних методик, що застосовуються в пато-психології.
4. Поясніть значення методів бесіди та спостереження для постановки пато-психологічного діагнозу.
5. Назвіть основні вимоги до професійного та культурного рівнів пато-психолога та розкрийте сутність етичного аспекту його діяльності.
6. Визначте правила повідомлення результатів пато-психологічного обстеження дитини її батькам та педагогам.

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ ДО I РОЗДІЛУ

Завдання

1. Складіть схему зв'язків пато-психології з іншими науками та галузями психології.
2. Ви – молодий спеціаліст працюєте з пацієнтом (людиною зрілого віку), яка виказує сумніви щодо вашої компетенції через те, що вам бракує життєвого досвіду. Розробіть стратегію власної поведінки для встановлення довіри і наведіть аргументи, що дозволять переконати пацієнта у можливості ефективної взаємодії з вами.
3. Розробіть орієнтовний план-схему повідомлення результатів пато-психологічного обстеження дитини з патологією органічного походження для її батьків.
4. Визначте основні вимоги до оформлення кабінету пато-психолога, який працює з дітьми.
5. Розробіть схему пато-психологічного обстеження дитини семи років.

Тренувальні тестові справи до I розділу

1. Предметом вивчення патопсихології є:
- а) закономірності реагування в екстремальних ситуаціях;
 - б) причини виникнення та розвитку психічних захворювань;
 - в) закономірності розпаду психічної діяльності.

2. Складовою патопсихологічного дослідження є :
- а) бесіда;
 - б) спостереження;
 - в) експеримент;
 - г) аналіз історії життя та хвороби;
 - д) все вищевказане.

3. Першим визначив причини психічних розладів:
- а) В. Бехтерев;
 - б) К. Гален;
 - в) Гіппократ;
 - г) С. Корсаков.

4. Розлади, спричинені соціальним впливом називають :
- а) органічними;
 - б) психогенними;
 - в) постстресовими;
 - г) ендогенними.

5. Локальні ураження аналізаторних структур викликають:
- а) загальний характер порушень;
 - б) частковий характер порушень;
 - в) перцептивний характер порушень.

6. Основними завданнями патопсихології є всі, окрім:
- а) диференційно-діагностичної;
 - б) встановлення діагнозу;
 - в) аналізу структури дефекту;
 - г) встановлення якості ремісії;
 - д) аналізу компенсаторних можливостей та реабілітації.



Розділ II

ТИПОВІ ОЗНАКИ ТА СИМПТОМИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Тема 5. Порушення перцептивної діяльності

Структура матеріалу. Основні характеристики відчуттів. Кількісні та якісні розлади відчуттів. Психологічні закономірності сприймання в нормі та патології. Агнозії та їх класифікація. Вплив мотиваційного компонента на процес сприймання.

Деперсоналізація (соматична і психічна) та особливості її проявів. Причини виникнення та різновиди ілюзій. Галюцинації, їх класифікація, змістове наповнення та особливості перебігу при різних захворюваннях. Дослідження розладів сприймання.

Ключові поняття: гіпоестезія, гіперестезія, синестезія, парестезія, агнозія, ейдетизм, дисморфобія, дереалізація, сенестопатія, порушення схеми тіла, макропсія, мікропсія, ілюзії, істинні та псевдогалюцинації.

Література: [5]; [10]; [17]; [20]; [23]; [24]; [25].

? Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні прояви порушень сприймання.
2. Визначте основні типи агнозії.
3. Вкажіть основні причини порушень сприймання та захворювання, для яких вони характерні.
4. Проаналізуйте вплив мотиваційно-вольового компонента на процес сприймання у людей з психічними розладами.
5. Дайте повну класифікацію галюцинацій та визначте критерії їх відмінності.
6. Прокоментуйте переживання, характерні для хворих з проявами деперсоналізації.

Тема 6. Розлади пам'яті, уваги та порушення працездатності

Структура матеріалу. Кількісні та якісні розлади пам'яті. Амнезія та її види. Корсаковський синдром. Закон Рібо. Порушення динаміки мнестичної діяльності. Методики діагностики порушень пам'яті.

Розлади уваги: слабкість активної уваги, переважання пасивної уваги, загальмованість та виснаженість уваги. Причини та основні прояви порушень працездатності. Методи дослідження порушень уваги та вольової регуляції.

Ключові поняття: гіпомнезія, гіпермнезія, парамнезія, амнезія, ретроградна амнезія, антероградна амнезія, ретроантероградна амнезія, псевдоремінісценція, конфабуляція, виснажливості уваги, застрявання, загальмованість уваги, селективна увага, гіперактивність, гіпоактивність.

Література: [5]; [10]; [17]; [20]; [23]; [24]; [25].

? Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні види розладів пам'яті та дайте їм загальну характеристику.
2. Наведіть приклад дії закону Рібо та прокоментуйте психофізіологічний механізм цього феномена.
3. Визначте особливості діагностики порушень безпосередньої та опосередкованої форм пам'яті.
4. Назвіть ознаки синдрому дефіциту уваги.
5. Вкажіть основні причини порушень уваги та працездатності.
6. Проаналізуйте вплив дефіциту уваги на продуктивність навчальної діяльності молодших школярів.

Тема 7. Розлади мислення та мовлення

Структура матеріалу. Закономірності мислення в нормі. Класифікація розладів мислення. Порушення динаміки мисленевої діяльності. Порушення операційної сторони мислення. Порушення особистісного компонента мислення. Порушення змістової сторони мислення: нав'язливі та надцінні ідеї, маячня, її види за походженням та змістом. Основні синдроми маячіння. Розумова відсталість вроджена та набута. Класифікація олігофренії та деменції.

Розлади мовлення, їх етіологія, принципи класифікації та особливості проявів.

Ключові поняття: прискорене та уповільнене мислення, затримки та в'язкість мислення, резонерство, різноплановість та порушення критичності мислення, розірваність мислення, симптом монологу, аутичне мислення, полісемантизм, персеверація, парало-

гічність мислення, олігофренія, лакунарна та глобарна деменція, мовлення з натиском, логорея (багатослів'я), олігофазичне мовлення (обмеженість), диспросодія, дизартрія, моторна та сенсорна афазія.

Література: [3]; [5]; [10]; [17]; [20]; [23]; [24].

? Питання для самоконтролю

1. Складіть схему, що відображає класифікацію розладів мислення.
2. Проілюструйте прикладами основні види розладів мислення.
3. Проаналізуйте можливу динаміку та зв'язок між нав'язливими, надцінними ідеями та маячною.
4. Дайте класифікацію змістової сторони маячні та поясніть природу її походження.
5. Систематизуйте методики діагностики різних форм порушень мислення за їх призначенням.
6. Поясніть в чому полягає діагностична цінність порушень мовлення.

Тема 8. Порушення свідомості та самосвідомості

Структура матеріалу. Співвідношення психологічного та психіатричного значень поняття «свідомість». Критерії порушення свідомості. Феномен дезорієнтації у часі, просторі та у власній особі. Непродуктивні порушення свідомості: оглушення, сомнолентність, сопор і кома. Продуктивні порушення свідомості: деліріозне, онейроїдне, сутінкове, агентивне, сомнобулізм. Порушення самосвідомості. Деперсоналізація. Синдром дисморфобії.

Ключові поняття: оглушення, сомнолентність, сопор, кома, транс, делірій, онейроїд, сутінкова свідомість, амбулаторний автоматизм, fuga, сомнамбулізм, псевдодеменція, деперсоналізація, дисморфобія.

Література: [5]; [10]; [17]; [20]; [23]; [24]; [25].

? Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні ознаки порушення свідомості за К. Ясперсом.
2. Поясніть принципову відмінність продуктивних форм порушень свідомості від непродуктивних.
3. Дайте характеристику псевдодеменції як різновиду сутінкового розладу.
4. Визначте форми порушень свідомості, що часто бувають спричинені віковими особливостями.
5. Проаналізуйте особливості переживань і поведінки людей з проявами деперсоналізації.

Тема 9. Розлади афективної, вольової та психомоторної сфер

Структура матеріалу. Регуляторна функція емоцій. Фізіологічний та патологічний афект. Неадекватність емоційного реагування: емоційна гіперстезія, емоційна тупість, емоційна нестійкість, емоційна амбівалентність, емоційна парадоксальність, емоційна лабільність, емоційна слабкість, підвищена афективність.

Симптоми розладів настрою: гіпертимія, ейфорія, гіпотимія, дисфорія, апатія. Депресивний стан та його основні види: тривожний, астеничний, апатичний, маскований. Манія та її різновиди. Депресивний та маніакальний синдроми. Циклотимія.

Особливості вольової регуляції в нормі та її патологічні прояви. Розлади рухової сфери: викривлення рухових та вольових функцій. Синдроми катотонічного ступору та катотонічного збудження. Судорожні напади.

Ключові поняття: патологічний афект, емоційна гіперстезія, емоційна тупість, емоційна нестійкість, емоційна амбівалентність, емоційна парадоксальність, емоційна лабільність, емоційна слабкість, підвищена ефективність, гіпертимія, ейфорія, гіпотимія, дисфорія, апатія, маніакальний синдром, депресивний синдром, циклотимія, абулія, гіпобулія, гіпербулія, апатоабулічний синдром, катотонічний синдром, ехотимія, ехопраксія, парамімічні реакції, симптом повітряної подушки, стереотипні рухи.

Література: [5]; [10]; [17]; [20]; [23]; [24]; [25].

? Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні симптоми розладу емоційного реагування.
2. Поясніть критерії визначення міри патологічності емоційного реагування.
3. Проаналізуйте вплив індивідуальних особливостей на характер порушення емоцій.
4. Складіть схему розладів психомоторної сфери.
5. Назвіть основні симптоми катотонічного ступору та катотонічного збудження.
6. Визначте етіологію та патогенез розладів вольової сфери.
7. Систематизуйте методики, призначені для діагностики порушень афективної та вольової сфери.



ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ ДО II РОЗДІЛУ

Завдання

Прочитайте, будь ласка, уважно завдання та визначте про які порушення психічних процесів йдеться у кожному з наведених прикладів. Обгрунтуйте свої висновки.

✓ Сенсорно-перцептивна сфера

1. Хворий Н., 32 роки, має середню спеціальну освіту, працював водієм маршрутного таксі. Двічі потрапляв до психіатричної лікарні. Спостерігались невротичні розлади. Останні пів року почав спостерігати дещо дивне. Коли до нього зверталися з будь-якою інформацією, не лише просто чув її, а й майже завжди відчував різні присмаки у роті, до того ж, не міг адекватно сприйняти інформацію. Постійно відчував поколювання у руках, хоча не було жодного подразника. Внаслідок цього став знервований, непосидливий, через що потрапив в аварію з пасажирами і був звільнений з роботи. Коли стан став нестерпним, вирішив звернутися до психіатра.

2. Хворий І., 43 роки, має середню технічну освіту, безробітний, отримує пенсію за інвалідністю II ступеня. З 15-ти років почав активно вживати алкогольні напої. Спочатку щотижня, потім все частіше. Одружився, з'явилась дитина. Після розпаду СРСР не зміг прилаштуватися до нового життя, почав пиячити щодня. Кілька разів унаслідок вживання великої кількості алкоголю здавалось, начебто по ньому та навкруги нього повзають таргани. Жінка вирішила розлучитися. Став проживати один. Пиячити не припинив. З 39-ти років почав відчувати біль у ногах, важко було ходити. Потім почав погано відчувати ноги, часто падав. З 42-х років майже не виходить з дому, оскільки зовсім не відчуває ніг. Пересувається по квартирі повільно, тримаючись за стіни.

3. Хвора М., 30 років, має середню освіту, домогосподарка. Завжди була хорошою дружиною та матір'ю. Два роки тому обидві дитини загинули (сестричка тонула, хлопчик хотів її врятувати, поплив до неї і обоє потонули). Через місяць вночі вона «побачила» дітей, котрі прийшли до неї і почали розповідати, що саме сталося. Зранку розповіла про все чоловікові. Відбулась сварка. У М. стався нервовий зрив. Через тиждень вона знову «поспілкувалася» з дітьми, внаслідок чого почала уникати чоловіка. Намагалася його

вбити, пояснивши це наступним чином: «Діти сказали мені, що це – не мій чоловік, а його двійник, який насправді вбив моїх дітей і мого справжнього чоловіка, а сам зайняв його місце. Тому я вирішила його вбити, помститися за родину».

✓ *Пам'ять, увага*

1. Хворий К., 35 років, має вищу освіту, працює. Ніколи не скаржився на пам'ять. Рік тому потрапив в аварію, довго лежав в реанімації. Коли прийшов до тями, спочатку не зміг зрозуміти, де знаходиться, не пам'ятав, як потрапив до лікарні. На запитання рідних, що сталося, нічого не міг сказати, оскільки просто не пам'ятав. Через певний час почав згадувати події, що трапилися. Ці спогади хвилювали рідних, оскільки вони жодним чином не стосувалися реального стану речей. На натяки, що К. все вигадує, що він втратив пам'ять К. реагував агресивно. Він постійно доводив, що має рацію і вигадкам у його спогадах не місце. З часом невірні спогади почали стосуватися не лише безпосередньо подій аварії, але і інших ситуацій.

2. Хвора М., 67 років, має вищу освіту, пенсіонерка. Все життя працювала учителем середніх класів. Ніколи не скаржилася на проблеми з пам'яттю та увагою. Останнім часом рідні почали помічати, що М. все важче зконцентруватися на одній справі, вона постійно відволікається. Та найбільше почало хвилювати те, що події своєї молодості М. переносить на сьогодні, тобто про те, що трапилося 30 років тому, вона розповідає, як про вчорашній випадок. До того ж, про те, що відбулося з нею позавчора М. розповідає, як про далекі спогади свого дитинства. Розуміючи, що такі випадки стали все частішими, рідні звернулись до лікаря.

3. Хворий К., 8 років, навчається у першому класі. Учителю звернувся до батьків зі скаргами, що їх син часто плутає розклад, незібраний, неорганізований, не може зосередитися на завданні, яке потребує розумового навантаження. Може посеред уроку, нічого не сказавши, встати з місця і почати ходити по класу, до когось заговорити, а то й взагалі вийти в коридор. Часто він взагалі не слухає учителя, коли він його опитує на заданий урок, а інколи, не дочувши питання до кінця, перериває і починає відповідати, причому часто невірно, оскільки суті питання так і не розуміє. На перервах веде себе занадто активно, бігає, чіпляється до інших дітей, після дзвоника його дуже важко змусити зайти до класу. Батьки поясни-

ли, що він – просто така дитина, оскільки ще з 4-х років був непосидючим. Але внаслідок того, що проблем ставало все більше, вирішили все ж таки звернутися до лікаря.

✓ *Мислення*

1. Хворий С., 27 років, має вищу освіту, працює. На роботі С. завжди цінували за його здатність приймати нестандартні рішення, за оригінальні проекти і можливість швидко реагувати на проблеми, що з'являються. Але останні кілька місяців усі почали помічати певні зміни у поведінці С., скидаючи це на смерть його батька, котрого С. дуже сильно любив та поважав. Він почав дуже довго розмірковувати над будь-якими поставленими питаннями, а коли відповідав, то думки були беззмістовні та «бідні». На проблеми, що потребують здатності до абстрагування, просто не реагував. Часто, щось пояснюючи, раптово зупинявся, не міг продовжувати, оскільки «втрачав думку», потім не міг згадати, що саме розповідав і що хотів сказати.

2. Хвора Ю., 25 років, має вищу освіту, навчається в аспірантурі, працює. Ю. завжди була амбітною та цілеспрямованою людиною, хоча, будучи студенткою, особливо не виділялася серед інших студентів. На початку третього року аспірантури на кафедрі часто почали помічати, що Ю. багато розповідає щось «не за темою», причому не в змозі зупинитися. Ніби абсолютно різномірні думки приходили в голову суцільним потоком, який потрібно виплеснути. До того ж, вона вважала, що говорить дійсно розумні речі, використовувала багато термінології, намагалась виглядати дуже розумною. На прості питання могла безпідставно мудрувати. Часто Ю. вихвалялася, що вона «написала найкращу роботу за всю історію людства, що вона зробила відкриття, яке змінить світ», хоча робота була звичайною і стандартною.

✓ *Мовлення*

1. Хворий В., 15 років, навчається в спеціалізованій школі. Переніс енцефаліт, ускладнення після якого призвели до зниження інтелекту, а також інших розладів. В. чує звернення до нього але нічого не розуміє, оскільки сказане сприймається ним, як шуми. В усному мовленні зустрічаються плутання окремих літер, у результаті чого викривляються слова. Може читати вголос але не розуміє змісту прочитаного, у письмовому мовленні пропускає, перестав-

ляє літери, деякі слова може писати разом, – все це призводить до викривлення змісту слів.

2. Хвора А., 6 років, ходить в дитячий садочок. Ураження коркових мовленнєвих зон ще в 2 роки, а саме – в домовленнєвий період, призвело до того, що А. має певні труднощі в побудові фраз, переставляє або пропускає літери в словах. Активний словниковий запас дуже бідний. Неможливо навчити писати, внаслідок чого зроблено висновок, що письмове мовлення також постраждало. Звернення інших людей, їх мову здатна чути, розуміє сказане.

✓ Емоції

1. Хворий Д., 33 роки, має вищу освіту, працює, одружений. Завжди був дисциплінований, гарний працівник, навіть злегка педантичний, не звик приймати рішення поспіхом. Півроку тому на роботі почали помічати дивні зміни у поведінці Д. Він почав все частіше приходити у дуже веселому, занадто піднесеному настрої. Поставлені завдання виконував дуже швидко, забуваючи про ретельне обдумування та не звертаючи уваги на помилки. Після закінчення однієї справи одразу ж намагався взятися за іншу. Іноді брався за інше завдання, не завершивши попереднє. Не міг всидіти на місці. Те ж саме спостерігалося і вдома. Все це призвело до того, що зараз Д. просто виснажився від постійної активності, що змусило його звернутися до лікаря.

2. Хвора Л., 30 років, має середню освіту, не працює, розлучена. З 18 років хворіє на епілепсію. Коли приходять колишній чоловік до дитини, часто проявляє агресію відносно нього, звинувачує у всіх гріхах тощо. Потім настає відчуття суму, часто плаче, що закінчується злобним ставленням до чоловіка. Пізніше подібні емоції викликав не лише колишній чоловік, а і близькі люди, з якими проживає Л.: мати, батько, сестра. Іноді наступають періоди, коли Л. ні з ким не спілкується, не виражає жодних емоцій, абсолютно нічого не робить і нічим не цікавиться. Потім подібний стан знову витісняється зміною емоцій.

3. Хворий О., 33 роки, має середню освіту, неодружений. Ніколи не відрізнявся тим, що активно проявляв свої емоції, завжди був стриманий. Але останнім часом О. почав виражати занадто яскраві емоції. Та турбуватися мати і друзі почали після кількох «дивних» випадків. Наприклад, на повідомлення про смерть батька, почав сильно сміятися. Те ж саме сталося і тоді, коли одна із подруг в

компанії розповідала про смерть своєї кішки. А коли хтось розповів анекдот, над яким усі сміялися, О. почав плакати, пояснивши це тим, що йому стало шкода одного із героїв анекдоту. Тривало це приблизно 1,5 роки. З'явилися і інші тривожні симптоми. О. направили в психіатричну лікарню.

✓ Свідомість

1. Хворий Б., 52 роки, має середню освіту, одружений. Дружину почав хвилювати стан чоловіка, а саме те, що спочатку він почав дуже багато говорити, часто згадувати у найменших подробицях давно минулі події. Спостерігалось рухове збудження. Через невеликий проміжок часу, дивлячись на стіни і меблі, Б. починав розповідати, що він бачить дуже красиві картинки з дитячих казок. Наступної ночі активність не зменшилася, а, навпаки, підвищилась. Б. виплигнув із ліжка, почав бігати по квартирою, потім вибіг на вулицю. Наступного дня дружина викликала лікаря. Через 2 дні Б. повернувся додому в нормальному стані.

2. Хвора Я., 27 років, має вищу освіту, заміжня. Після серйозної автокатастрофи, яка сталася три тижні тому до сих пір іноді не орієнтується в просторі і часі. Це проявляється в тому, що Я. часто починає дивуватися, оскільки іноді не може зрозуміти де і чому вона знаходиться. Емоції абсолютно різні і досить насичені. Часто неможливо зрозуміти, що Я. говорить, оскільки вона використовує просто набір слів, які не пов'язані між собою ані граматично, ані за змістом. Вночі спостерігається збудження, яке може перерватися нетривалим ступорозним станом. Все це почало хвилювати чоловіка, що і стало причиною звернення до психіатра.

3. Хворий А., 35 років, має вищу освіту, одружений. Останнім часом всі почали помічати, що А. став розсіяним, неуважним. На питання відповідав не відразу, як завжди, а тривалий час розмірковував над ними (причому, питання були абсолютно простими і не потребували роздумів). Перші дні всі думали, що А. просто знаходиться під впливом алкоголю. Але, коли через певний період він взагалі не розумів оточуючих, коли абсолютно всі реакції стали уповільненими і А. не міг працювати, оскільки нічого не розумів і нічого не міг зробити, товариші поспілкувалися з дружиною А., унаслідок чого вона звернулася за допомогою до психіатра.

Тренувальні тестові вправи до II розділу

1. Порушення впізнавання знайомих людей, оточуючого знайомого середовища та частин власного тіла – це:

- а) соматоагнозії;
- б) агнозії;
- в) псевдоагнозії.

2. Недостатнє переключення уваги з одного виду діяльності або з одного об'єкта на інший вид діяльності або об'єкт – це:

- а) підвишене виснаження уваги;
- б) порушення концентрації уваги;
- в) інертність уваги.

3. Випадіння з пам'яті подій, що мають місце до, під час та після гострого періоду захворювання – це такий вид амнезії, як:

- а) антероградна;
- б) конградна;
- в) ретроантероградна.

4. «Закупорка думок», раптове припинення, зупинка асоціативного процесу спостерігається за такого розладу мислення:

- а) зісковзування;
- б) розірваність;
- в) шперрунг;
- г) ментизм.

5. Виникнення емоцій переважно з від'ємним знаком і швидка їх зміна на позитивні при переключенні уваги називається:

- а) дисфорія;
- б) емоційна лабільність;
- в) емоційна амбівалентність.

6. Порушення відображення навколишнього (все здається ляльковим, неживим) та часу («час зупинився», «час летить») спостерігається за таких розладів:

- а) дереалізація;
- б) соматопсихічна деперсоналізація;
- в) аутопсихічна деперсоналізація.



Розділ III

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ, ХАРАКТЕРНІ ДЛЯ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Тема 10. порушення психічного розвитку першого року життя

Структура матеріалу. Генетично обумовлені розлади. Патологія нервової системи новонароджених та аномалії розвитку нервової системи. Аутичні розлади. Олігофренія.

Ключові поняття: генні мутації, синдром Шерешевського-Тернера, синдром Клайнфельтера, синдром Дауна, фенілкетонурія, гомоцистинурія, гіпоксія плода, асфіксія, акушерський параліч, гемолітичний синдром, дитячо-церебральний параліч (ДЦП), черепно-мозкова грижа, мікроцефалія, гідроцефалія, РДА (синдром Каннера), олігофренія, дебільність, імбецильність, ідіотія.

Література: [2]; [13]; [19]; [22].

? Питання для самоконтролю

1. Наведіть приклади генних мутацій, що призводять до олігофренії.
2. Визначте фактори ризику патологічного розвитку плода.
3. Проаналізуйте вплив патології вагітності на подальший психічний розвиток дитини.
4. Опишіть особливості психічних порушень при синдромі Клайнфельтера.
5. Назвіть основні симптоми, характерні для ДЦП.
6. Визначте діагностичні критерії для синдрому Каннера.
7. Опишіть особливості та міру порушень при різних стадіях розумової відсталості.
8. Сформулюйте основні принципи профілактики психічних розладів новонароджених.

Тема 11. Розлади раннього дитинства та дошкільного віку

Структура матеріалу. Порушення активності. Розлади мовлення. Затримки психічного розвитку. Розлади у вигляді тиків. Розлади

розвитку координації. Розлади, пов'язані з екскрекцією. Розлади, пов'язані з їжею. Розлади у вигляді деструктивної поведінки. Розлади комунікативної сфери. Тривожні розлади. Специфічні розлади, пов'язані з навчанням.

Ключові поняття: гіперактивність, гіперкінез, дефіцит уваги, гіпоактивність, енехетичний синдром, органічний інфантилізм, церебрально-органічна затримка, соматогенна затримка, педагогічна занедбаність, алалія, афазія, мутизм, дислалія, клонічне та тонічне заїкання, рухові та вокальні тики, синдром Аспергера, емоційна деривація, реакція прив'язаності, румінація, енурез, енкопрез, дислексія, дисграфія, дискалькулія, дидактогенії.

Література: [2]; [9]; [13]; [19]; [22].

? Питання для самоконтролю

1. Складіть схему-класифікацію для кожної групи представлених у цій темі розладів.
2. Розподіліть розлади за принципом етіології органічного походження, психогенного характеру та поєднання цих факторів.
3. Спрогнозуйте, як розлади дитячого віку вплинуть на подальший розвиток людини.
4. Назвіть типові причини виникнення та опишіть основні види психогенних розладів.
5. Визначте основні принципи та критерії діагностики затримки психічного розвитку у дітей.
6. Назвіть основні види психокоригуючої допомоги при порушеннях інтелектуального розвитку дітей.
7. Дайте характеристику специфічним психічним розладам, що пов'язані з навчанням.
8. Назвіть основні недоліки сімейного виховання, що спричиняють аномальну та дезадаптовану поведінку дитини.
9. Визначте найбільш типові причини появи дидактогеній.
10. Складіть план-схему патопсихологічного обстеження дитини шести років.

Тема 12. Порушення, характерні для підліткового віку

Структура матеріалу. Психофізіологічні та психологічні особливості підліткового віку.

Особливості емоційних станів підлітків. Акцентуації характеру та психопатії. Невротичні розлади. Патологічні потяги. Адиктивна та кримінальна поведінка неповнолітніх.

Ключові поняття: пубертат, акселерація, ретардація, реакції емансипації, негативізм, егоцентризм, інфантильність, акцентуації характеру, психопатії, адикція, делінквентна та кримінальна поведінка, дисморфобія, анорексія, невrogenна булімія, патологічні потяги, дромоманія, піроманія, kleптоманія.

Література: [2]; [9]; [13]; [19]; [21]; [22].

? Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні прояви соціальної дезадаптації підлітків та визначте їх причини.
2. Проаналізуйте, які типи акцентуацій характеру найбільш вірогідно детермінують делінквентну поведінку підлітків.
3. Поясніть збільшення ризику самогубств у підлітковому віці.
4. Назвіть основні фактори негативних емоційних станів підлітків.
5. Складіть план-схему патопсихологічного обстеження підлітка.
6. Визначте найбільш небезпечні фактори соціального впливу з огляду на можливість аномального розвитку підлітка.
7. Визначте основні напрямки та змістовне наповнення роботи психолога з підлітками та їх батьками.

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ ДО III РОЗДІЛУ

Завдання

Прочитайте уважно завдання та визначте, яке психічне захворювання можна діагностувати. Поясніть, на основі яких симптомів Ви зробили висновки щодо характеру захворювання.

✓ *Дитячі розлади*

1. Хворий Д., 5 років. Знаходиться у спеціальному інтернаті після того, як «накинувся» на дівчинку 4-х років на подвір'ї через те, що вона його чимось образила. Особливості Д.: ходити почав приблизно у 3 роки. Одразу було помітно, що розуміти мову оточуючих йому трохи важко, але, в принципі, він її розуміє. Сам може відповідати на поставлені питання або спілкуватись з іншими людьми, але його мова не на стільки різнобарвна і насичена, як у багатьох його однолітків. Емоції ніколи не проявляв, хоча було помітно, що він дуже прив'язаний до матері та бабусі. Подібних агресивних дій раніше ніколи не було, тому батьки вирішили на деякий

час віддати Д. на додаткове обстеження, щоб дізнатися причини подібного вчинку.

2. Хворий П., 7 років. На даний період перебуває на медичному обстеженні для визначення майбутнього навчального закладу. До трьох років П. взагалі не спілкувався, не грався активно з іграшками, не проявляв емоцій. Мати постійно намагалася налагодити контакт з дитиною, але П. сприймав це абсолютно байдуже. З дітьми не грався, а лише спостерігав за ними зі сторони. Після кількох невдалих спроб погратися з дітьми у дитячому садочку почав постійно перебувати на самоті. До того ж, грався з однією й тією ж іграшкою, малював схожі малюнки на одну й ту ж тему, міг годинами сидіти і дивитись «в нікуди». Хоча з оточуючими розмовляв мало, але мати чула, як сам з собою він спілкується на досить високому рівні. Коли настав час йти до школи, батьки вирішили віддати його до спеціального закладу.

3. Хвора І., 3 роки. Проживає у спеціальному інтернаті. Дівчинка не розуміє мову оточуючих, зовсім не реагує на людей, не розрізняє їх. Часто може тривалий час сидіти і виконувати стереотипні дії. Мова не розвинена: жодного слова сказати не може, а висловлює свої бажання лише певними звуками. Часто, коли її не розуміють або, коли щось не так, може бити сама себе, кричати, битися об щось тощо. Не проявляє жодних емоцій (окрім гніву, як зазначалось вище), не розуміє емоційного стану інших людей.

4. Хвора К., 13 років. Страждає через те, що має дуже мало друзів. Все це – з причини того, що К. часто не може зрозуміти натяки з їх боку, жарти. Навчається погано, шкільний матеріал дається важко, окрім математики. Досить важко запам'ятовувати інформацію; часто вона швидко забувається. Емоційні реакції не бідні, але частіше за все емоції – актуальні на даний момент. У будь-якій діяльності К. не проявляє ініціативи, достатньо уповільнена. Часто помітно, що дівчинка наслідує дорослих.

Тренувальні тестові вправи до III розділу

1. За наявності аномалій у розвитку дитини найбільше наповнена симптомами:

а) інтелектуальна сфера;

б) провідна діяльність;

в) емоційна сфера.

2. Патопсихологічне обстеження дитини проводиться за принципом:

- а) навчаючого експерименту;
- б) констатуючого експерименту;
- в) формуючого експерименту.

3. Порушення є тотальними і не піддаються корекції при:

- а) затримках психічного розвитку;
- б) олігофреніях;
- в) загальному характері порушень;
- г) міжпівкульовій дисфункції.

4. Порушення комунікативної функції є центральною для:

- а) «педагогічно занедбаних» дітей;
- б) дітей, що страждають на ДЦП;
- в) аутичних дітей;
- г) дітей з діагнозом дислексія.

5. Результати обстеження учня шкільний психолог має повідомити вчителю:

- а) частково;
- б) у повному обсязі;
- в) тільки діагноз;
- г) не має права повідомляти взагалі.

6. Акцентуації у підлітковому віці є первинними проявами патологічного розвитку:

- а) вважаються нормою для підлітків;
- б) потребують психотерапевтичної допомоги та корекції;
- в) говорять про недоліки виховання.



Розділ IV

ОСНОВИ ПСИХІАТРІЇ

Тема 13. Органічні синдроми та розлади

Структура матеріалу. Механізми змін функціонування організму та психічної діяльності внаслідок ураження центрально-нервової системи (ЦНС). Чинники, що спричиняють психічні розлади органічного походження. Делірій. Основні типи деменції: дегенеративна деменція, хвороба Альцгеймера, мультиінфарктна деменція. Органічні психічні розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин: алкогольна інтоксикація, фармакологічна інтоксикація, наркотична інтоксикація, кофеїнова інтоксикація, нікотинова абстиненція.

Психічні розлади при травмах головного мозку та пухлинах. Психічні розлади при інфекційних захворюваннях ЦНС.

Ключові поняття: делірій, деменція, дегенерація, синдром Альцгеймера, психоактивні речовини, абстиненція, толерантність, галюциногени, седативні препарати, антидепресанти, транквілізатори, черепно-мозкова травма (ЧМТ), злоякісна та доброякісна пухлина, менингіт, енцефаліт, поліомієліт, арахноідіт, мозковий ревматизм, порушення ферментного балансу.

Література: [2]; [7]; [8]; [13]; [16]; [19]; [26].

? Питання для самоконтролю

1. Поясніть особливості виникнення і розвитку аномалій органічного походження.
2. Назвіть основні причини порушень психічної діяльності в похилому віці.
3. Назвіть критерії ступеня залежності від психоактивних речовин.
4. Проаналізуйте процес деградації особистості під впливом алкогольної залежності.
5. Розгляньте основні механізми впливу наркотичної залежності на психічну діяльність людини.
6. Поясніть механізми розвитку патологічних потягів при наркотичній залежності.

7. Визначіть імовірні наслідки черепно-мозкової травми для психічного здоров'я людини.

8. Назвіть чинники, що створюють небезпеку розвитку психічних порушень унаслідок інфекційних захворювань.

9. Назвіть основні види інфекційних захворювань нервової системи та спрогнозуйте їх можливі наслідки для психічного здоров'я людини.

Тема 14. Неврози

Структура матеріалу. Сутність неврозів та їх етіологія. Соматичні та вегетативні зміни при неврозах. Основні види неврозів та їх характеристика: неврастенія, істеричний невроз, обсесивний невроз, фобічний невроз, іпохондричний та депресивний невроз. Посттравматичні стресові розлади. Розлади настрою. Психосоматичні розлади. Розлад сну. Порівняльно-вікові особливості неврозів.

Ключові поняття: неврастенія, істерія, логоневроз, нав'язливі стани, фобії, особистісна та генералізована тривожність, іпохондрія, захисні механізми, посттравматичний розлад, дистимія, циклотимія, психосоматичні прояви, інсомнії, гіперсомнії, парасомнії.

Література: [2]; [7]; [8]; [13]; [16]; [18]; [19]; [23].

? Питання для самоконтролю

1. Визначте психологічні механізми формування неврозу.
2. Назвіть та опишіть основні види неврозів.
3. Розкрийте психологічну сутність особистісних змін при неврозах.
4. Опишіть клінічну картину посттравматичного стресового розладу.
5. Визначте основні вегето-соматичні порушення при неврозах.
6. Проаналізуйте вікові особливості перебігу неврозів.
7. Складіть програму патопсихологічного обстеження пацієнта-невротика.
8. Визначте особливості проведення корекції поведінки при розладах емоційної сфери.

Тема 15. Розлади особистості

Структура матеріалу. Сутність проявів та особливості порушень при розладах особистості. Патопсихологічна класифікація-структура розладів особистості. Класифікація розладів особистості за Міжнародною класифікацією психічних захворювань (DSM). Характеристика розладів особистості класу А: параноїдний тип, шизоїдний тип, шизофреноподібний тип; класу Б: антисоціальний тип, демонстратив-

ний тип, нарцисичний тип; класу В: розлад уникнення, залежний тип, обсесивно-компульсивний тип, пасивно-агресивний тип. Недиференційовані розлади особистості.

Ключові поняття: самооцінка, рівень домагань, ієрархія мотивів, патологічні потреби, порушення саморегуляції, порушення критичності, патологія характеру, неадекватність, концепція екстраінтроверсії за Юнгом, базовий профіль особистості, садизм, мазохізм, саморуйнівна поведінка.

Література: [2]; [7]; [8]; [13]; [16]; [19].

? Питання для самоконтролю

1. Проаналізуйте механізми розвитку патології особистості.
2. Назвіть основні прояви та ознаки розладів особистості.
3. Зробіть порівняльний аналіз типових проявів розладів особистості груп А, Б, В.
4. Назвіть основні симптоми розладів особистості групи А (за DSM).
5. Назвіть основні симптоми розладів особистості групи Б (за DSM).
6. Назвіть основні симптоми розладів особистості групи В (за DSM).
7. Дайте характеристику основним методам діагностики патології особистості.

Тема 16. Епілепсія. Шизофренія

Структура матеріалу. Епілепсія. Суть порушень нейрорегуляторних механізмів при епілепсії. Етіологія хвороби. Форми епілептичних проявів. Клінічні прояви епілепсії. Особистісні зміни та характер їх динаміки при епілепсії. Особливості ранньої діагностики захворювання.

Шизофренія. Епідеміологія захворювання. Теорії етіології та проблема постановки діагнозу. Основні форми шизофренії та особливості їх перебігу. Клінічні прояви та симптоми шизофренії. Динаміка порушення психічної діяльності та особистісних змін при шизофренії. Особливості прояву шизофренії у дітей та підлітків.

Ключові поняття: епілептична готовність, епілептичний напад, судоми, парціальні напади, генералізовані напади, амбулаторний автоматизм, дисфорія, педантизм, ригідність, в'язкість; простий, параноїдний, гебефренічний, кататонічний, циркулярний типи шизофренії; симптомокомплекс «4-а»: асоціації, афект, аутизм, амбівалент-

ність; резонерство, абулія, емоційна тупість, зісковзування думок, розірваність мислення, маячіння, галюцинації.

Література: [2]; [7]; [8]; [13]; [16]; [19]; [27].

? Питання для самоконтролю

1. Визначте особливості етіології та динаміку розвитку епілепсії.
2. Назвіть основні прояви розладу особистості при епілепсії.
3. Проаналізуйте характер порушень психічних процесів при епілепсії.
4. Визначте особливості діагностування епілепсії.
5. Розкрийте проблему визначення етіології та постановки діагнозу при шизофренії.
6. Назвіть основні форми шизофренії та визначте особливості їх протікання.
7. Складіть перелік клінічних проявів та симптомів шизофренії.
8. Визначте фактори, пов'язані з позитивним чи негативним прогнозом щодо динаміки захворювання.
9. Поясніть, у чому полягають особливості патопсихологічного обстеження при шизофренії.

Тема 17. Сексуальні розлади

Структура матеріалу. Причини виникнення сексуальних розладів: біологічні, вікові, психічні, соціокультурні, психопатологічні. Основні види сексуальних розладів та їх характерні ознаки. Сексуальні девіації. Порушення статевої аутоідентифікації. Нетипова сексуальна поведінка. Сексуальні дисфункції: розлади сексуального потягу, розлади сексуального збудження, розлади оргазму, сексуальні больові розлади. Сексуальні злочини.

Ключові поняття: парафілії, ексгібіціонізм, фетишизм, трансвестизм, фротеризм, сексуальний мазохізм, сексуальний садизм, педофілія, вуайеризм, зоофілія, полюціонізм, некрофілія, транссексуалізм, аноргазмія, диспареунія, вагінізм.

Література: [2]; [7]; [8]; [13]; [16]; [19]; [26]; [27].

? Питання для самоконтролю

1. Дайте характеристику основним видам розладів психосексуальної сфери.
2. Визначте етіологію та фактори ризику виникнення сексуальних девіацій.

3. Поясніть причини виникнення та механізми порушень статевої ідентифікації.

4. Визначте вікову специфіку сексуальних дисфункцій.

5. Сформулюйте основні принципи дослідження пацієнтів з психосексуальними порушеннями.



ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ ДО IV РОЗДІЛУ

Завдання

Прочитайте завдання та визначте, яке психічне захворювання описано. Поясніть, на основі яких симптомів ви зробили висновки щодо діагнозу пацієнта.

✓ Психози

1. Хворий Г., 27 років, заручений. Останні 7 років помічав, що на нього певним чином впливають пори року. Двічі на рік він відчував піднесення, а двічі – навпаки втрату сил. До лікаря не звертався, оскільки вважав, що це – ситуативно. Але цього разу наречена дуже захвилювалася, оскільки Г. неможливо було зупинити, коли він починав говорити. До того ж, він активно жестикулював і поведився доволі збуджено. Постійно намагався образити наречену, наголошуючи на тому, що вона не настільки інтелектуально розвинена, аби його зрозуміти.

2. Хворий З., 35 років, розлучений. Вживав алкоголь протягом останніх шести років щодня і у великих кількостях. Так трапилось, що кілька днів тому захворів і змушений був лягти до лікарні. Через два дні ввечері стан хворого погіршився: він почав розмахувати руками, тупотіти ногами, кричати: «Заберіть геть цих мишей! Вони мене обступають! І ці маленькі чортики... Чому вони танцюють навколо мене?» Після спроби вистрибнути з вікна, лікарі зв'язали З. та дали йому заспокійливе. До самого ранку хворий повторював, що маленькі чортики все ще танцюють. Близьче до ранку хворому вдалося заснути. Вдень стан хворого нормалізувався. З. розумів, що вночі з ним відбувалося щось «не зовсім нормальне». Розуміючи, в чому проблема, лікар направив хворого до психіатра.

3. Хвора Л., 29 років, заміжня. Протягом місяця абсолютно нічого не робила, тільки лежала в ліжку. На питання, чому вона не

вставала приготувати їжу, почитати книжку тощо, відповідала: «Не хотілося». Відчувала, ніби щось застрягло в горлі. Постійно повторювала чоловікові, що не хоче жити на світі, що вона – нікчемна, не заслуговує ні на що. До дітей і чоловіка не проявляла жодних емоційних контактів. Цілими днями або плакала, або взагалі була байдужою до всього. Хоча ввечері стан злегка покращувався. Протягом тижня знаходиться в психіатричній лікарні. Минулого разу вона перебувала там 3 роки тому, але тоді, навпаки, потрапила через несамовите прагнення до діяльності і занадто підвищений настрій.

4. Хвора С., 15 років, учениця. Півтора тижні тому раптово втратила матір. Внаслідок цього сильно переживала, не могла спати вночі, постійно плакала. Могла годинами сидіти на одному місці, повністю занурившись у свої думки, не реагуючи на оточуюче середовище. На обличчі постійно був присутній вираз відчаю. Коли «поверталася» до світу, могла піти на контакт з людьми, але на всі питання відповідала однозначно, неемоційно, навіть, уповільнено. При ходьбі скаржилася на «важкість у ногах». Після восьми днів такого стану батько звернувся до психіатра. На цей період стан покращився, С. майже одужала, але не пам'ятає певні події, котрі відбувалися протягом тих восьми днів: що вона рибала, що говорила тощо.

✓ *Неврози*

1. Хворий Ю., 30 років, неодружений. Завжди був амбіційним. Останнім часом на роботі почалися скрутні часи, і Ю. вирішив працювати за кількох працівників понаднормово з надією, що його підвищать до керівних посад. Унаслідок важкої праці, став почувати себе недобре: постійне серцебиття, пітливість, відчуття важкості у шлунку, нудоту, головокружіння тощо. З колегами не міг нормально спілкуватися, постійно дратувався з найменшого приводу, ображався на них за те, що вони «його не цінують, не помічають, як важко він працює». Особливо сильно його непокоїло те, що, не зважаючи на важку працю, він багато чого не встигав, не міг виконати все те, за що брався; став досить розсіяним, непрацездатним. Останнім часом часто хоче спати вдень, але вночі не може нормально заснути, сон – поверховий.

2. Хвора А., 27 років, незаміжня. З дитинства А. була досить розбещеною, завжди отримувала те, чого хотіла від батьків. Після закінчення школи вирішила поїхати навчатися до Києва. Прожива-

ючи у гуртожитку, не могла зрозуміти, чому люди не роблять так, як вона того хоче. Часто починала ридати і кричати на своїх сусідок. З часом стан А. погіршувався. За найбільш серйозних ситуацій починалися приступи удушся та тремтіння у тілі. До того ж, А. часто нудило до блювоти. Потім хвора почала скаржитись, що не відчуває своїх кінцівок (а саме кистей рук та стоп). Після спроби вистрибнути з вікна, коли внизу стояло багато людей, А. відправили до лікарні. У кімнаті знайшли «передсмертну» записку, де А. описувала все «важке становище свого існування».

3. Хворий І., 35 років, одружений. 20 років тому, коли він розважався з друзями на місточку над озером випадково впав у воду. Плавати він умів, але озеро було достатньо глибоким, і дихання ледь вистачило для того, щоб випливати на поверхню. З часом йому стало лячно переходити будь-який міст. Проживає І. в новому районі, де для того, щоб дістатися від автобусної зупинки до дому, потрібно перейти місточок над каналом. Кілька разів І. намагався перейти, але в нього починалось головокружіння, нудота, ноги ставали «ватними» тощо. Через цю причину, І. змушений ходити значно довшим шляхом – не через місток. Одного разу, в нетверезому стані І. повертався додому і пішов через місток. На половині дороги він зрозумів, де саме знаходиться, впав, але не зміг дійти ні в одну, ні в іншу сторону. У такому стані, посеред містка, його зранку знайшли люди, котрі йшли на роботу та викликали лікаря.

4. Хвора М., 41 рік, заміжня. Завжди відзначалась тим, що є легко навіюваною, досить залежною. Два роки тому М. стала перед важливим вибором: або залишитися на попередній роботі без будь-яких перспектив кар'єрного зростання, але в рідному місті, де живуть і родичі, і друзі, або ж поїхати в інше місто, де нікого не було, але на нове місце роботи зі значно вищою заробітною платою і серйозними перспективами. М. довго не могла вирішити, сумнівалася, доки нове місце роботи не зайняла інша людина, а вона залишилася на попередньому. Потім винуватила себе у всьому. З часом М. не могла зробити вибір навіть з приводу незначних проблем. Почала погано себе почувати, сама собі навіювала, що скоро вона дуже серйозно захворіє. «Знаходила» у себе велику кількість симптомів. Коли вирішила, що вже майже захворіла, вирішила звернутися до лікаря.

✓ Розлади особистості

1. Хвора Я., 26 років, заміжня. В дитинстві любила гратися з іншими дітьми, спілкуватися з матір'ю. З підліткового віку не любила спілкуватися з однокласниками або іншими однолітками, внаслідок цього зовсім не має друзів. Приблизно з 17-ти років почала відсторонюватися від близьких, не проявляла жодних почуттів до них. На жарти в колі родини могла іноді лише в'яло посміхнутися. Тричі траплялись яскраві вибухи емоцій: двічі – несподівана радість без жодної причини, один раз – сильно розгнівалася на брата перед підготовкою до шлюбу. З чоловіком сексуальні контакти має не часто, пояснюючи це тим, що вона просто «не так сильно хоче». Знаходиться в психіатричній лікарні протягом двох тижнів.

2. Хвора Б., 35 років, заміжня. Завжди відзначалася досить імпульсивним характером і почуттям власності. Протягом останніх десяти років періодично висловлювала незадоволення з приводу сусідів: хтось на зло їй робить ремонт і гримить, хтось на вихідні зранку виходить погуляти і будить її, хтось постійно гримає дверима тощо. П'ять років тому знаходилась на лікуванні у психіатричній лікарні за причиною того, що постійно сварилася з оточуючими, ображаючи їх, звинувачуючи в тому, що вони хочуть її смерті, все для цього роблять, що вона нікому не може довіряти тощо. Останнім часом почала сваритися з чоловіком, звинувачуючи його в тому, що він їй зраджує, що він знайшов собі коханку і вони разом хочуть її вбити і жити щасливо. Не їла нічого, що приносив чоловік, оскільки вважала, що там – отрута. Чоловік викликав лікаря після того, як Б. у стані гніву накинулася на нього з ножом.

3. Хворий К., 28 років, неодружений. Став помічати за собою, що часто ідеалізує певних оточуючих, а потім розчаровується в них. Це почало викликати в нього дивний емоційний стан: зранку начебто нормальний, а через три години починає сумувати, світ здається сірим і непотрібним. До того ж, протягом останніх двох місяців не може уникнути почуття спустошеності життя, відчуває нудьгу при найменшому приводі. Аби позбавитися такого відчуття, К. намагається не залишатися вдома на самоті, ввечері виходить до сумнівних барів, знайомиться кожного разу з новою жінкою з метою мати з нею сексуальний контакт. Часто його відвідування барів закінчуються бійками. Ще одним тривожним фактом стало те, що в

нетверезому стані К. сідає за кермо і їздить нічними вулицями на дуже великій швидкості. Такий стан речей викликав хвилювання у друзів, котрі і вирішили звернутися за допомогою до психіатра.

4. Хворий Н., 37 років, неодружений. З юнацьких років почав складати «план свого ідеального життя»: кар'єра, родина, друзі тощо. У ВНЗ навчався на «відмінно», причому постійно демонстрував свої знання, навіть у випадках, коли це було недоречно. Отримав роботу досить легко, оскільки зміг схилити до себе керівництво розповідями про свої вміння, знання і самовпевненість. На роботі все частіше почав використовувати співробітників, які займали нижче положення, у своїх власних цілях. Вважав, що це — нормально, оскільки вони мають слугувати йому, оскільки ніколи не зможуть досягти такого рівня інтелектуального розвитку. Будь-яку критику з боку керівництва сприймав дуже боляче і вважав, що це несправедливо. Дуже любив, коли підлеглі робили йому компліменти, говорили, який він розумний, унікальний і неперевершений, часто сам і напрошувався на подібні вихваляння. Мав наречену, але вона не відповідала його уявленням про ідеальну жінку, а сама не хотіла змінюватися, щоб стати «гідною К.» З цієї причини не одружився, оскільки ніхто не міг оцінити його унікальність.

5. Хворий В., 24 роки, одружений. Ніколи не любив критики стосовно себе. Останнім часом став дратуватися, коли хтось дає йому поради, як зробити роботу краще. Часто скандалить вдома через те, що дружина просить допомогти у хатніх справах, а він не хоче. Подібне трапляється і на роботі. Почав скаржитися, що нові завдання, які йому ставлять, набагато складніші, ніж ті, які ставлять іншим співробітникам. Розповідає, що це просто неможливо виконати, що керівництво саме не в змозі це виконати, а тому все кидають на його плечі. Об'єктивно підкріплює ці скарги тим, що дуже повільно працює, що нібито йому насправді важко.

6. Хвора О., 33 роки, незаміжня. Завжди була спокійною, навіть, трохи сором'язливою. Після закінчення школи не знала, до якого вузу вступати. За неї все вирішили батьки. Коли отримала пропозицію вийти заміж, довго не могла вирішити, доки не порадилася з усіма родичами і друзями. Лише після того, як всі схвалили чоловіка, вона вийшла заміж. У родині все було спокійно, оскільки О. завжди погоджувалася з чоловіком. Іноді вона мала іншу точку зору, але мовчала, тому що вважала, що чоловік завжди правий.

Хатню роботу всю виконує сама, навіть ту, яка їй не подобається. Думала, що, якщо вона буде у всьому догоджати чоловікові, то він її не покине. Але півроку тому чоловік пішов до іншої жінки. О. дуже сильно страждала, їздила до них додому, стояла під дверима, плакала, благала повернутися, казала, що не може жити без нього, що готова піти на все, аби його повернути. Після двох місяців таких випадків чоловік звернувся до психіатра.

✓ Шизофренія

1. Хвора О., 45 років, має середню освіту, незаміжня, дітей не має. Тричі потрапляла до психіатричної лікарні. Вчетверте потрапила після того, як її мати звернулася до психіатра, оскільки знову з'явилися тривожні симптоми. Вона почала говорити, що спілкується з М.Ю. Лермонтовим. Мати часто бачила, як дочка кричить, звертаючись в нікуди. Сама О. розповідала: «Я добре пам'ятаю, як писала «Бородіно», всім дуже сподобалося. А потім дала його почитати Лермонтову, він хвалив, а пізніше видав під своїм ім'ям. Тепер його треба покарати. Пушкіна я вже покарала за крадіжку моїх віршів. Пам'ятаю, як він вибачався. Тепер треба, щоб і цей вибачився». Часто О. говорила матері, що М.Ю. Лермонтов стежить за нею і хоче її вбити, щоб вона не викрила його обман, але, оскільки, вона – «дівчина – не промах», то дасть собі раду, і сама вб'є письменника, тим паче, що часто бачила його на вулицях міста і під своїм під'їздом.

2. Хворий Д., 28 років, неодружений. У школі досить активно спілкувався з друзями, мав багато захоплень. Але з 18-ти років поступово почав втрачати інтерес до спілкування, до діяльності, яка раніше його цікавила. Кілька разів друзі запрошували його на святкування, але там Д. почував себе, ніби «не в своїй тарілці». Коли з ним намагалися поговорити, він відповідав однозначно, двома словами. На деякі фрази взагалі не реагував, просто мовчав. Але й піти з вечірки не міг доти, доки не розходилися всі. Батьки не могли зрозуміти, що трапилося з сином. Думали, що це через навчання в університеті. Вважали, що після закінчення школи син не може звикнути до університетського життя. Але спроби поговорити з ним ні до чого не приводили. Д. абсолютно не реагував на будь-які сімейні події: на хороші, чи погані. Все частіше він почав зачинятися у своїй кімнаті, втратив усіх друзів. До психіатра вирі-

шили звернутися лише після того, як Д. протягом двох місяців взагалі не виходив з дому.

3. Хворий Р., 30 років, одружений. Рік тому без абияких причин два місяці пролежав у ліжку не проявляючи жодної активності. Вираз обличчя був застиглий, без жодних емоцій. Потім раптово Р. вийшов з цього стану. Він розповідав, що весь цей час бачив перед собою Бога, спілкувався з ним. Бог нібито сказав хворому, що його час скінчився, що він скоро помре і нехай вже готується. Це викликало у Р. шалений страх. Він схуд, з'явилися синці під очима, постійно озирався, відчував нестерпний страх. Через кілька місяців стан хворого нормалізувався. Але три місяці тому подібна історія повторилась: Р. знову близько місяця лежав у ліжку, ні на що не реагуючи. Після виходу з подібного стану і страху, котрий знов повернувся, Р. вирішив звернутися до психіатра.

4. Хвора Ж., 22 роки, незаміжня. З 19 років двічі потрапляла до психіатричної лікарні. Втретє потрапила після того, як повернулася тривожні симптоми, а саме: Ж. почала неадекватно себе поводити на заняттях. Часто кривлялася, копіюючи викладачів. Проявляла занадто підвищену активність. Могла без причини почати сміятися, коли всі вели серйозну розмову. Намагалася постійно вставити своє слово, але все, що вона говорила, було достатньо примітивним і Ж. постійно повторювалась. Часто ніхто не міг зрозуміти, що вона має на увазі, оскільки Ж. перескакувала з теми на тему, хоча при цьому вважала, що говорить абсолютно логічні речі. Три тижні тому Ж. накинулася на однокласницю, влаштувала бійку, не змогла пояснити причини, чому вона це зробила. У той же вдень вдома влаштувала істерику, начебто в кімнаті в кутку з'явилась відьма, яка прагне задушити Ж., але вона з нею потоваришувала і вони почали нормально спілкуватися. У такому стані дівчину знайшла мати і відвезла до лікарні.

✓ *Епілепсія*

1. Хвора Є., 25 років. Приблизно з 15 років страждає на це захворювання. Слід зазначити, що важча форма цієї хвороби була наявна у матері Є. Почалося все з того, що кілька разів хвора починала швидко мигати очима. Спочатку на це не зверталось жодної уваги, тим паче, що подібний стан швидко проходив. Але через три роки почалися дещо інші напади – без жодної причини у Є. почи-

нали тремтіти руки. При цьому вона абсолютно не могла це зупинити. Тремтіння тривало близько однієї, двох хвилин. Через півроку Є. вирішила звернутися до лікаря. Виявилось, що вона хворіє на відому їй хворобу, але легшої форми. Сумлінно виконуючи всі показання лікаря і вчасно проходячи медичне обстеження та необхідний цикл лікування, Є. спромоглася зменшити кількість подібних нападів та частоту їх виникнення.

2. Хвора П., 34 роки. У 17 років вийшла на двір шукати kota, який не хотів повертатися додому. Коли П. його схопила, кіт вкисив її за ногу, П. від несподіванки впала і вдарилась головою об асфальт. Після цього випадку у неї часто почала боліти голова. Через певний період П. відчула легке головокружіння та неспокій. Прийшовши до тями, нічого не пам'ятала. Батьки були налякані. Виявилось, що П. «ні з того ні з сього» впала і її праву ногу охопили судоми. До того ж, з рота йшла невелика кількість піни. Спершу всі про це забули, допоки через певний період історія не повторилась. Сім'я звернулася до лікаря. Після визначення діагнозу і призначення лікування у П. через рік почались істерики, які стосувались того, що вона – не хвора, що їй нема потреби лікуватися, а тому вона часто нехтувала настановами лікаря та пропускала потрібні медичні огляди. З часом судоми перейшли на ліву ногу. Три роки тому судоми охопили майже все тіло.

3. Хворий Т., 29 років. Унаслідок черепно-мозкової травми у 16 років стан здоров'я Т. значно погіршився. Почалось з того, що приблизно через два місяці після травми у хворого з'явилися приступи з судомами, після яких він нічого не пам'ятав. Спочатку такі історії траплялись один раз на три, чотири місяці, але через три роки приступи почали з'являтися значно частіше. Сам Т. так описує свій стан: «Спочатку я починаю відчувати головний біль. Потім через певний час мої руки і ноги нібито стають німими, я їх майже перестаю відчувати. Іноді буває, що я відчуваю нестерпний страх, але не можу зрозуміти до чого або до кого. Часом я чую якісь віддалені звуки, мелодію якусь. Потім я лежу, не пам'ятаючи, де знаходжусь. Розумію (вже розумію), що минуло лише кілька хвилин, але що відбувалось – не знаю». Основними ознаками приступів є те, що хворий миттєво падає прямо на тому місці, де знаходився, судоми охоплюють все тіло, з рота починає йти піна, щелепи стискаються, обличчя стає повністю невпізнаним тощо. Це триває дві, три

хвилини, потім приблизно хвилину Т. приходить до тями, але не пам'ятає нічого з того, що сталося.

✓ *Розлади пізнього віку*

1. Хвора Х., 54 роки. Хворіє близько трьох років. Х. завжди відризнялась веселою вдачею. Але останнім часом її майже нічого не цікавить, вона не бере участі у сімейних справах, емоційно майже нічого не висловлює. Онуки, які звикли до бабусиної любові почали перші скаржитися батькам на те, що вона «якось дивна». На відміну від того, як вона раніше вигадувала різні цікаві казки, зараз Х. не могла щось розповісти онукам: вона не здатна була щось вигадати, постійно повторювала одні й ті самі слова і речення. Такий стан речей стосувався не лише її спілкування з близькими. Діти почали помічати, що Х. почала забувати події, які трапилися нещодавно, або прохання, які висловлювали діти. Але вирішили звернутися до лікаря лише тоді, коли хвора почала забувати раніше знайомих людей. Вона не могла згадати обличчя своєї двоюрідної сестри, з якою не бачилась п'ять років. Діти просто стали боятися залишати її одну вдома.

2. Хвора Я., 55 років. Звернулись до лікаря родичі хворої. Останні два роки з Я. відбувались певні зміни. Спочатку все почалося з того, що вона стала дещо розсіяною. Вона не могла зосередитися на своїй улюбленій справі, не могла нормально приготувати їжу, коли всі були на роботі. Потім почалися проблеми з пам'яттю. Я. могла вийти з дому і забути навіщо. Вона почала забувати все те, що сталося останнім часом. Спочатку на це не звертали увагу, вважаючи що це – «вікове». Але з часом стан Я. погіршився. Часто наступали моменти, коли хвора вважала себе молодою дівчиною; іноді вона не могла зрозуміти, де знаходиться. Кілька разів Я. звинувачувала своїх рідних в тому, що вони крадуть її гроші, що вони хочуть позбутися її тощо. Останньою краплею для рідних стало те, що Я. не могла згадати своє ім'я, не могла чітко визначити свій вік. На питання і будь-які звернення відповідала не по суті, часто просто якимось набором слів, абсолютно не зрозумілим. Хід думок Я. неможливо було зрозуміти.

3. Хвора В., 60 років. За останні п'ять років В. різко змінилась. Родичі помітили, що вона стала занадто педантичною, щось постійно відкладає. На запитання, що сталося, відповідає, щоб вони

не лізли у її справи, оскільки це стосується тільки її. Але найбільше страждають рідні від того, що хвора потребує до себе дуже багато уваги, вона ніби домагається того, щоб всі ходили навколо неї. Коли ж цього не трапляється, вона звинувачує всіх у невдячності тощо. Крім того, родичі помітили, що і пам'ять В. погіршилася. Вона іноді не здатна запам'ятати нових людей, нові події тощо. Але турбує родичів і те, що часто хвора забуває, куди поклала свої речі і гроші, а потім звинувачує їх в тому, що вони поцупили її заощадження. А речі насправді можуть бути знайдені в мікрохвильовій печі, на балконі під банкою, у пральній машині тощо. Не в змозі самостійно будь-що зробити, рідні вирішили звернутися за допомогою до лікаря.

✓ Реабілітація

1. Оберіть, будь ласка, три будь-які ситуації, що стосуються патології функціонування психічних процесів та розробіть психокорекційну програму, визначивши мету проведення, тривалість, основні етапи, основні види роботи та бажаний результат.

2. Оберіть, будь ласка, будь-які ситуації, що стосуються психічних захворювань, та розробіть психореабілітаційну програму, визначивши мету проведення, тривалість, основні етапи, основні види роботи та бажаний результат.

3. Запропонуйте, будь ласка, психопрофілактичні заходи відносно обраних вами ситуацій. Обґрунтуйте доцільність використання саме цих заходів.

Тренувальні тестові вправи до IV розділу

1. Такі симптоми, як: нав'язливі побоювання, зниження продуктивності праці, відчуття можливого розвитку соматичного захворювання тощо спостерігається при такому розладі:

- а) неврастенія;
- б) психастенія;
- в) невроз нав'язливих станів.

2. Закономірність закінчення однієї фази при маніакально-депресивному психозі така: спочатку зникають:

- а) явища рухового збудження або гальмування;
- б) розлади настрою.

3. Такі критерії, як: нестабільність в міжособистісних стосунках, імпульсивність, самошкодjuвальна поведінка, використовуються при визначенні такого розладу особистості:

- а) антисоціальний;
- б) межовий;
- в) істероїдний.

4. Початок захворювання в період 5–30 років, наявність великих судомних приступів, наростання змін психіки тощо властиво такій клінічній формі епілепсії:

- а) класична;
- б) проста;
- в) психічна.

5. Галюцинаторно-маячні симптоми, синдром психічного автоматизму, практична відсутність спонтанних ремісій (початок у 16–18 – 30–35 р.) спостерігається при такому типі шизофренії:

- а) проста;
- б) гебефренічна;
- в) кататонічна.

6. Симптоми, пов'язані з патологічними змінами особистості, втрата основних морально-етичних якостей, дезорієнтація в часі, просторі і власній особистості, несистематичні маячні ідеї, порушення мовлення, спостерігаються при такому старечому психозі:

- а) старече слабоумство;
- б) хвороба Альцгеймера;
- в) хвороба Піка.

7. Такі критерії, як надмірний соціальний страх, ідеї стосунків, збіднене або неадекватне абстрактне мовлення, підозріливість або параноїдні ідеї використовуються для діагностування такого розладу особистості:

- а) шизотиповий;
- б) шизоїдний;
- в) параноїдний.

8. Ремісія, при якій спостерігається незначне покращення стану пацієнта з певною дезактуалізацією психотичних проявів називається:

- а) повною;
- б) неповною;
- в) частковою.

РЕКОМЕНДОВАНИЙ ТЕСТОВИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Досліджувана сфера	Методика	Призначення
Сенсорно-перцептивна сфера	Слухові сприйняття	Для визначення слухового сприймання тихих звуків, джерела їх виникнення, а також для вивчення слухових ілюзій, які можуть виникати в процесі роботи
	Коректурна проба	Для визначення втомлюваності та коливання уваги досліджуваного внаслідок тривалої дії подразників на зоровий аналізатор
	Відшукування чисел (таблиці Шульце)	Для визначення темпу сенсорних реакцій та об'єму уваги стосовно зорових подразників
Увага	Рахунок за Крепеліним	Для вивчення коливань і переключення уваги, для дослідження вольових зусиль і втомлюваності пацієнта
	Відраховування	Для визначення загального стану уваги
	Переплутані лінії (методика Ріса)	Для визначення ступеня стійкості і концентрації уваги
	Методика Мюнстерберга	Для вивчення зорового сприйняття та вибірковості уваги
Пам'ять	Заучування 10 слів	Для визначення стану пам'яті та активності уваги
	Опосередковане запам'ятовування (за Леонтєвим)	Для визначення стану пам'яті, а також для вивчення асоціативних процесів
	Відтворення розповіді	Для вивчення сприйняття та ступеню розуміння розповідей і можливості їх відтворити (тобто запам'ятовування), а також для вивчення особливостей письмової і усної мови

Продовження

Досліджувана сфера	Методика	Призначення
Пам'ять	Тест зорової і слухової пам'яті	Для визначення якості запам'ятовування (залежно від впливу подразника на певний аналізатор)
Мислення	Класифікація предметів	Для вивчення таких мисленневих процесів, як узагальнення та абстрагування, а також критичності мислення
	Виключення предметів	Для визначення можливостей узагальнення предметів, а також особливостей логіки досліджуваних
	Суттєві ознаки	Для визначення логічної послідовності суджень пацієнта
	Прості аналогії	Для визначення можливості побудови логічних зв'язків між поняттями
	Співвідношення прислів'їв, метафор, фраз	Для визначення таких особливостей мислення, як критичність, розуміння переносного смислу та цілеспрямованості суджень
	Заповнення пропущених в тексті слів (тест Ебінгауса)	Для визначення критичності мислення та продуктивності формування асоціацій
	Встановлення послідовності подій	Для визначення рівня критичності мислення, здатності до узагальнення та здатності робити логічні і послідовні умоводи
	Називання 60 слів	Для визначення особливостей асоціацій досліджуваного, а також словникового запасу і темпу мовлення досліджуваного
	Складання картинок з відрізка (тест Бернштейна)	Для визначення рівня критичності мислення та інтелектуального рівня

Продовження

Досліджувана сфера	Методика	Призначення
Мислення	Розуміння сюжетних картинок	Для визначення інтелектуального рівня, процесів аналізу та синтезу і емоційного стану
	Піктограма	Для визначення стану асоціативних процесів
Властивості особистості	Мінесотський багатофакторний особистісний опитувальник (MMPI)	Для вивчення особистісних властивостей досліджуваних
	Дослідження рівня домагань	Для визначення рівня домагань досліджуваних, а саме: самооцінки, почуття неповноцінності або прагнення до самоствердження
	Дослідження самооцінки за методикою Т. Дембо – С.Я. Рубінштейн	Для визначення рівня самооцінки та наявності емоційних розладів
	Торонтська алекситимічна шкала	Для визначення наявності симптомів алекситимії
	Опитувальник Льюка-Хесс	Для визначення наявності ознак невротичних розладів
	Невротично-депресивний опитувальник Т. Гашева	Для скринінг-діагностики невротичних розладів за наявності значної кількості досліджуваних
	Методики А.Є. Лічко та Г. Шмішека	Для визначення ступеня прояву та типу акцентуацій характеру підлітків
	Шкала позитивних і негативних синдромів (PANSS)	Для визначення психопатологічної симптоматики психозів
	Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	Для дослідження особистості, її переживань, потреб, інтересів, спрямованості тощо

Досліджувана сфера	Методика	Призначення
Властивості особистості	Методика Роршаха	Для дослідження особистості в цілому та аномального розвитку особистості
	Проективна методика «Малюнок неіснуючої тварини»	Для діагностики особливостей емоційної сфери, рівня домагань, рівня самооцінки, рівня та спрямованості агресії, патологічних проявів
	Вербальний проективний тест (ВІТ)	Для визначення розладів емоцій та мислення
	Дитячий ашперцевий тест (ДАТ)	Для дослідження особистості дитини від 3 до 10 років, її переживань, потреб, інтересів, спрямованості тощо
	Тест «Рука»	Для прогнозування та оцінювання агресивних дій особистості
	Методика незавершених речень	Для визначення особистісної спрямованості досліджуваного

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ ТА ДИСКУСІЙ

1. Дискусії з приводу взаємозв'язку та розбіжностей патопсихології та клінічної психології.
2. Психічно хворий в родині: можливі проблеми взаємодії.
3. Стигматизація психічних розладів: хворий та суспільство.
4. Чи небезпечні психічно хворі для суспільства: упереджене відношення та реальна загроза?
5. Вплив стресогенних факторів сучасного життя на поширення психічних відхилень серед населення.
6. Проблема самотності в сучасному світі. Норма і патологія.
7. Психологічні особливості та психічний статус терористів.
8. Прогнози щодо поширення депресивних станів у сучасному суспільстві.

9. Суспільні норми та сексуальні ярлики: етичні проблеми та вплив на особистість.

10. Вираження психічного розладу особистості в художній творчості.

11. Жорстоке ставлення до дитини як ймовірність виникнення у неї психічного порушення.

12. Діти індіго: різновид аутизму чи нова сходинка еволюції?

13. Соціальна депривація як чинник виникнення психічних порушень.

14. Погляди щодо критеріїв психічного здоров'я та патології.

15. Правовий статус психічно хворих.

16. Особливості батьківського ставлення до дитини, що сприяють виникненню патологічного розвитку особистості.

17. Чи може масова комп'ютеризація суспільства мати патологічний вплив на людину? Який саме?

18. Вплив засобів масової інформації на психічний стан людини.

19. Психічне здоров'я людей, які безпосередньо працюють з психічно хворими.

20. Небезпечність помилкових діагнозів та діагностичних ярликів.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Атлас* для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / под ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – К. : Здоров'я, 1980.
2. *Блейхер В. М.* Клиническая патопсихология / В. М. Блейхер. – Ташкент : Медицина, 1976. – 235 с.
3. *Блейхер В. М.* Расстройства мышления / В. М. Блейхер. – К. : Здоров'я, 1983. – 192 с.
4. *Блейхер В. М.* Экспериментально-психологическое исследование психически больных / В. М. Блейхер. – Ташкент: Медицина, 1971.
5. *Бурлачук Л. Ф.* Психодиагностика: учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. – 2-е изд. – С.Пб. : Питер, 2008. – 384 с.
6. *Бурлачук Л. Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук. – 3-е изд. – С.Пб. : Питер, 2007. – 688 с.
7. *Жариков Н. М.* Психиатрия / Н. М. Жариков, Л. Г. Урсова, Д. Ф. Хритинин. – М. : Медицина, 1989.
8. *Жмуров В. А.* Общая психопатология / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркутского университета, 1986.
9. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров. – 1959. – С. 29–30.
10. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология / Б. В. Зейгарник: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 208 с.
11. *Зейгарник Б. В.* Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М. : Изд-во Моск. унта, 1980. – 169 с.
12. *Кабанов М. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л. : Медицина, 1983. – 312 с.
13. *Каплан Г. И.* Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М. : Медицина, 1998, в 2-х т.
14. *Карманное руководство к МКБ-10* : классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / пер. с англ. Д. Полтавца. – К. : Сфера, 2000. – 464 с.

15. *Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов* / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – 2-е изд. – М. : Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2006. – 624 с.

16. *Клиническая психология* / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – 2-е изд. – С.Пб. : Питер, 2002. – 1312 с.

17. *Клиническая психология: учебн. для студ. мед. вузов* / Н. Д. Лакошина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 416 с.

18. *Клиническая психология: учебник* / под ред. Б.Д. Карварсарского. – 3-е изд. – С.Пб. : Питер, 2008. – 960 с.

19. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – 3-е изд. – С.Пб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 608 с.

20. *Лебединский М. С.* Введение в медицинскую психологию / М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев. – Л. : Медицина, 1983. – 430 с.

21. *Личко А. Е.* Психопатия и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – 2-е изд. – Л. : Медицина, 1983. – 225 с.

22. *Максимова Н.Ю.* Основы дитячої патопсихології / Н.Ю. Максимова, К. Л. Мілютина, В.М. Піскун. – К. : Перун, 1996. – 463 с.

23. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич : учебное пособие. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.

24. *Николаева В. В.* Спецпрактикум по патопсихологии / В. В. Николаева, Е. Т. Соколова. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1979. – 42 с.

25. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике / С. Я. Рубинштейн. – М. : Апрель-Пресс, Психотерапия, 2007. – 224 с.

26. *Снежневский А.В.* Общая психопатология. Курс лекций / А.В. Снежневский. – Валдай, 1970. – 190 с.

27. *Справочник врача-психиатра* / под ред. Г. Л. Воронкова, А. Е. Видренко, И. Д. Шевчук. – К. : Здоров'я, 1986.

ЗМІСТ

<i>Вступ</i>	3
Розділ I. Вступ до дисципліни	4
Тема 1. Предмет та завдання вивчення патопсихології.....	4
Тема 2. Історія розвитку патопсихології.....	4
Тема 3. Етіологія, патогенез та класифікація психічних розладів.....	5
Тема 4. Організація та методи патопсихологічного обстеження.....	6
Практичні завдання до I розділу.....	7
Розділ II. Типові ознаки та симптоми психічних захворювань	9
Тема 5. Порушення перцептивної діяльності.....	9
Тема 6. Розлади пам'яті, уваги та порушення працездатності.....	9
Тема 7. Розлади мислення та мовлення.....	10
Тема 8. Порушення свідомості та самосвідомості.....	11
Тема 9. Розлади афективної, вольової та психомоторної сфер.....	12
Практичні завдання до II розділу.....	13
Розділ III. Психічні порушення, характерні для дитячого та підліткового віку	19
Тема 10. Порушення психічного розвитку першого року життя.....	19
Тема 11. Розлади раннього дитинства та дошкільного віку.....	19
Тема 12. Порушення, характерні для підліткового віку.....	20
Практичні завдання до III розділу.....	21
Розділ IV. Основи психіатрії	24
Тема 13. Органічні синдроми та розлади.....	24
Тема 14. Неврози.....	25
Тема 15. Розлади особистості.....	25
Тема 16. Епілепсія. Шизофренія.....	26
Тема 17. Сексуальні розлади.....	27
Практичні завдання до IV розділу.....	28
Рекомендований тестовий матеріал для проведення патопсихологічного обстеження.....	39
Теми для обговорення та дискусій.....	42
<i>Список літератури</i>	44

Навчальне видання

ПАТОПСИХОЛОГІЯ
Практикум
для студентів спеціальності
6.040100 «Психологія»

Укладачі:
СЕЧЕЙКО Олена Віталіївна,
НАЗАРУК Оксана Миколаївна,
ЗАПАДЕНКО Олена Ігорівна

Редактор
Технічний редактор *А.І. Лавринович*
Коректор *Л.М. Романова*
Комп'ютерна верстка *Н.В. Черної*

Вступ	3
Глава 1. Методи дослідження	4
Глава 2. Підприємство	5
Глава 3. Значення	6
Глава 4. Значення	7
ПІЛОПСОКОВИЙ	7
Презентація	7
Глава 5. Значення	8
Глава 6. Значення	9
Глава 7. Значення	10
Глава 8. Значення	11
Глава 9. Значення	12
Глава 10. Значення	13
Глава 11. Значення	14
Глава 12. Значення	15
Глава 13. Значення	16
Глава 14. Значення	17
Глава 15. Значення	18
Глава 16. Значення	19
Глава 17. Значення	20
Глава 18. Значення	21
Глава 19. Значення	22
Глава 20. Значення	23
Глава 21. Значення	24
Глава 22. Значення	25
Глава 23. Значення	26
Глава 24. Значення	27
Глава 25. Значення	28
Глава 26. Значення	29
Глава 27. Значення	30
Глава 28. Значення	31
Глава 29. Значення	32
Глава 30. Значення	33
Глава 31. Значення	34
Глава 32. Значення	35
Глава 33. Значення	36
Глава 34. Значення	37
Глава 35. Значення	38
Глава 36. Значення	39
Глава 37. Значення	40
Глава 38. Значення	41
Глава 39. Значення	42
Глава 40. Значення	43
Глава 41. Значення	44
Глава 42. Значення	45
Глава 43. Значення	46
Глава 44. Значення	47
Глава 45. Значення	48
Глава 46. Значення	49
Глава 47. Значення	50
Глава 48. Значення	51
Глава 49. Значення	52
Глава 50. Значення	53
Глава 51. Значення	54
Глава 52. Значення	55
Глава 53. Значення	56
Глава 54. Значення	57
Глава 55. Значення	58
Глава 56. Значення	59
Глава 57. Значення	60
Глава 58. Значення	61
Глава 59. Значення	62
Глава 60. Значення	63
Глава 61. Значення	64
Глава 62. Значення	65
Глава 63. Значення	66
Глава 64. Значення	67
Глава 65. Значення	68
Глава 66. Значення	69
Глава 67. Значення	70
Глава 68. Значення	71
Глава 69. Значення	72
Глава 70. Значення	73
Глава 71. Значення	74
Глава 72. Значення	75
Глава 73. Значення	76
Глава 74. Значення	77
Глава 75. Значення	78
Глава 76. Значення	79
Глава 77. Значення	80
Глава 78. Значення	81
Глава 79. Значення	82
Глава 80. Значення	83
Глава 81. Значення	84
Глава 82. Значення	85
Глава 83. Значення	86
Глава 84. Значення	87
Глава 85. Значення	88
Глава 86. Значення	89
Глава 87. Значення	90
Глава 88. Значення	91
Глава 89. Значення	92
Глава 90. Значення	93
Глава 91. Значення	94
Глава 92. Значення	95
Глава 93. Значення	96
Глава 94. Значення	97
Глава 95. Значення	98
Глава 96. Значення	99
Глава 97. Значення	100

Підп. до друку 10.07.09. Формат 60x84/16. Папір офс.
 Офс. друк. Ум. друк арк. 2,79. Обл.-вид. арк. 3,0.
 Тираж 100 пр. Замовлення № 195-1.

Видавництво Національного авіаційного університету «НАУ-друк»
 03680. Київ – 58, просп. Космонавта Комарова 1.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру ДК № 977 від 05.07. 2002