

## Лекція №1 з дисципліни «Клінічна психодіагностика»

### Олігофренія та принципи її психологічної діагностики

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної психології*

*В.М.Павленко*

#### План-конспект

Олігофренія (розумова відсталість)– це не прогресуючий патологічний стан, який характеризується вродженим або набутим у ранньому віці недорозвитком психіки, переважно інтелекту.

- Відмінність від деменції;
- Не одне захворювання, а група (з зазначеними ознаками): хвороба Дауна; фенілкетонурія та інші;
- Не обмежується інтелектуальною і, навіть, психічною сферами.

Ступені (від найлегшої до найтяжчої):

- Дебільність;
- Імбецильність;
- Ідіотія.

В психологічній діагностиці основний акцент робиться на дослідженні процесу мислення – на операції узагальнення, де спостерігається «зниження процесу узагальнення» за класифікацією розладів мислення Б.В. Зейгарнік.

Рівні узагальнення:

- Категоріальний;
- Функціональний;
- Конкретний;
- Ситуативний;
- Відсутність узагальнення.

Психологічні методики для виявлення «зниження процесу узагальнення»:

- Порівняння предметів, понять;
- Класифікація;
- 4-ий зайвий.

## **Лекція №2 з дисципліни «Клінічна психодіагностика»**

### **Психологічна діагностика олігофренії у дітей та дорослих.**

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної психології В.М.Павленко*

#### **План-конспект**

Поняття актуального рівня розумового розвитку та зони найближчого розвитку.

Зона найближчого розвитку, як писав Л.С. Виготський, "визначає функції, які ще не дозріли, але знаходяться в процесі дозрівання, функції, які можна назвати не плодами розвитку, а бруньками розвитку, квітками розвитку... Рівень актуального розвитку характеризує успіхи розвитку на вчорашній день, а зона найближчого розвитку характеризує розумовий розвиток на завтрашній день...".

Способи дослідження актуального рівня розумового розвитку в клініці. Метод Векслера як найбільш популярний метод діагностики інтелектуально-мнестичної сфери в клініці як у дітей, так і у дорослих.

Для діагностики олігофренії у дорослих достатнім є визначення актуального рівня їх розумового розвитку.

Для психологічної діагностики олігофренії у дітей крім дослідження актуального рівня їх розумового розвитку необхідним є також визначення зони найближчого розвитку дитини.

Навчальний експеримент за А.Я. Івановою – найпоширеніший спосіб дослідження зони найближчого розвитку. Три визначальні критерії, що лежать в основі навчального експерименту:

- Пізнавальний інтерес;
- Здатність до навчання;
- Логічний перенос.

Принципова схема побудови навчального експерименту. 3 етапи:

0: Підготовчий етап. Визначення активного чи пасивного орієнтування в завданні;

1: Основне завдання. Система уроків – підказок. Кількість уроків як головний показник здатності до навчання;

2: Аналогічне завдання. Визначення наявності – відсутності логічного переносу та його форми.

Модифікація методики класифікації геометричних фігур А.Я. Івановою для навчального експерименту.

Особливості проходження навчального експерименту здоровими дітьми (в тому числі соціально й педагогічно запущеними) та хворими різних клінічних груп:

- Олігофренами;
- Дітьми з резидуальною органічною патологією;
- Дітьми з логопедичними проблемами;
- Дітьми з епілепсією;
- Дітьми з шизофренією.

## Лекція №3 з дисципліни «Клінічна психодіагностика»

### Невротичні розлади та принципи їх психологічної діагностики.

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної*

*психології В.М.Павленко*

#### План-конспект

Невротичні розлади - група захворювань, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів — збудження та гальмування. Основними причинами неврозів є психічні травми, стреси. Неврози — це патологічні форми реакцій центральної нервової системи на ситуації, які травмують психіку, тому їх ще називають психогенними патологічними реакціями. Поняття «невроз» поступово зникає з клінічної практики, але воно все ще лишається широковживаним у психологічній практиці та теоретичних працях багатьох авторів. Концепція неврозу і нині є доцільною при побудові стратегії психологічного супроводу в системі психологічної служби.

Традиційний погляд на різновиди неврозів:

- Неврастенія;
- Істерія;
- Невроз нав'язливих станів.

Їх лаконічна клінічна характеристика.

З психологічної точки зору в основі невротичного розладу завжди лежить внутрішньо особистісний конфлікт. Відповідно, вилікувати невроз – означає розв'язати той внутрішній конфлікт, який став причиною хвороби.

Класифікація внутрішньо особистісних конфліктів Анцупова – Шепельова як різні співвідношення понять «хочу» - «можу» - «треба»:

- Мотиваційний;
- Моральний;
- Конфлікт нереалізованого бажання;

- Рольовий;
- Адаптаційний;
- Конфлікт неадекватної самооцінки;
- Невротичний.

Найбільш розповсюджені в клініці способи психологічної діагностики внутрішніх конфліктів та конфліктогенних ситуацій:

- Метод незакінчених речень (модифікація Сако-Сіднея),
- Кольоровий тест відносин (О. Еткінд),
- Пошук конфліктогенних зон в ціннісній сфері за допомогою методики Фанталової.

**Лекція №4 з дисципліни «Клінічна психодіагностика»**  
**Дисоціальний розвиток особистості та принципи його**  
**психологічної діагностики**

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної  
психології В.М.Павленко*

**План-конспект**

Клінічні діагностичні критерії дисоціального розладу особистості  
(психопатії):

- наявність порушень поведінки з раннього віку;
- виражена, стійка і демонстративна позиція безвідповідальності і зневаги до соціальних норм і обов'язків;
- байдужість до почуттів інших;
- нездатність підтримувати взаємовідносини без значних труднощів щодо їх становлення;
- низька толерантність до фрустрації, низький поріг агресії, включаючи насильство;
- схильність звинувачувати людей, які їх оточують, у власних недоліках або висувати привабливі пояснення своєї поведінки;
- нездатність до почуття провини і надбання життєвого досвіду, особливо покарання;
- явища соціальної дезадаптації.

Виходячи з принципу соціального натуралізму, український вчений

О. М. Костенко визначає соціопатію як стан неузгодженості волі і свідомості людини із законами соціальної природи: неузгодженість волі із зазначеними законами — це стан сваволі; неузгодженість свідомості із законами соціальної природи — це стан ілюзій. В особі утворюється так званий «комплекс сваволі й ілюзій», тобто соціопатія — це ураження особистості комплексом сваволі й ілюзій. Проявами соціопатії у такому розумінні є вчинки, що порушують різноманітні соціальні норми, зокрема норми моралі й права.

Поняття акцентуації характеру та поняття дисоціального розвитку особистості. ДРО – це фактично акцентуації, які стали тотальними, стабільними і настільки вираженими, що призвели до соціальної дезадаптації.

Види ДРО та їх клінічна характеристика:

- Ядерна або спадкова;
- Органічна;
- Крайова.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- порушення або перекручування системи ціннісних і особистісно значущих орієнтацій;
- порушення цільової та мотиваційної структури діяльності.

Комплекс методик для диференціальної діагностики дисоціального розвитку особистості та хворих на невроз:

- Семантичний диференціал в модифікації Фельдес. Поняття Гармонійності – дисгармонійності самооцінки. Особливості самооцінки у здорових досліджуваних, при невротичних розладах і при дисоціальному розвитку особистості.
- Методика визначення цільової структури діяльності В.М.Павленко. Вміння розводити реальні та ідеальні цілі. Особливості цільової структури діяльності у здорових, при невротичних розладах та при дисоціальному розвитку особистості.

Поняття типових та патогномонічних ознак. Дослідження хворих на невроз з дисоціальним розвитком особистості як спосіб визначення типових та патогномонічних ознак.

## Лекція №5 з дисципліни «Клінічна психодіагностика»

### Епілепсія та принципи її психологічної діагностики

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної психології В.М.Павленко*

#### План-конспект

**Епіле́сія** — група довготривалих неврологічних розладів, що характеризуються виникненням судомних нападів. Ці напади можуть мати різний характер: від швидкоплинних і майже непомітних проявів, до появи тривалих судом. Для епілепсії характерне раптове виникнення нападів із рецидивами впродовж життя, тоді як напади, викликані певною відомою причиною вважаються епілептичними реакціями, які слід відрізнити від епілепсії як хвороби. Підтвердження діагнозу здійснюється за допомогою методу електроенцефалографії. Вилікуватися від епілепсії неможливо, але за умови відповідного лікування епілептичні напади можна стримати у 70 % випадків. У 2005 році Міжнародна протиепілептична Ліга та Міжнародне бюро з епілепсії у спільній заяві дали наступне визначення епілепсії — «Порушення мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними та соціальними наслідками цього стану. Визначення (діагноз) епілепсії вимагає появи щонайменше одного епілептичного нападу.»

Найчастіше (у 60 % випадків) епілептичні випадки перебігають у вигляді судом. Дві третини епілептичних нападів виникають як парціальні, які згодом можуть набути генералізованого характеру; і лише одна третина нападів розпочинається як генералізовані судоми. У 40 % випадків нападів судоми не спостерігаються. Наприклад, під час малих нападів, так званих абсансів, спостерігається короткочасне вимикання свідомості, що триває приблизно 10 секунд. Під час нападу може спостерігатися мимовільне сечовипускання, хворий може мимоволі прикусити язик тощо.



Епілептичним нападам часто передують особливий стан свідомості, відомий як аура. Аури мають різні прояви: сенсорні (візуальні, слухові або нюхові), психічні, вегетативні, або моторні. Можуть спостерігатися автоматизми — автоматичні рухи на тлі порушеної свідомості, найчастіше — прості моторні (жувальні, смоктальні та ін.), або складні стереотипні рухи (наприклад, спроби щось підібрати).

Майже всі хворі на епілепсію стикаються з проявами соціальної стигматизації. Стигматизація може негативно впливати на психологічний, соціальний і культурний аспекти життя хворих. В Індії та Китаї наявність епілепсії у нареченої або нареченого може перешкодити шлюбу. Подекуди у віддалених куточках світу люди досі вважають, що епілепсія пов'язана з прокляттям. У Танзанії, як і в інших африканських країнах, вважається, що епілепсія виникає внаслідок отруєння або втручання злих духів, чаклунів, а також існують необґрунтовані побоювання, що ця хвороба є заразною, що не підтверджено жодними доказами. Хворі на епілепсію мають майже вдвічі більший ризик потрапити у ДТП, через що у багатьох країнах світу їм не дозволяється водити транспортні засоби, або дозволяється лише за виконання певних умов.

Основна патопсихологічна ознака – прояви інертності в усіх видах діяльності:

- Проблеми з переключенням уваги. Переключення уваги - здатність людини довільно і свідомо змінювати спрямованість своєї діяльності. Методики, що дозволяють дослідити процес переключення уваги – коректурна проба, червоно-чорна таблиця і т.п.
- Інертність мислення за визначенням Б.В. Зейгарнік (патологічна докладність). Характеризується схильністю до деталізації, застряганні на деталях, «топтанні на місці», нездатністю відокремити істотне від несуттєвого, головне від другорядного, в чому виявляється зниження рівня процесів узагальнення і абстрагування. Методика для виявлення – «Називання 50 слів».

- Прояви інертності в мовленнєвій діяльності. Деталі відволікають хворого від послідовного викладу, через що розповідь стає дуже довгою, ретельна деталізація мови веде до втрати сенсу і суті. Перехід від одного кола уявлень до іншого ускладнений. У промові таких хворих часто зустрічаються персеверації (багаторазові повторення одного і того ж складу або слова в усному мовленні), паузи, слова-паразити («розумієш», «так би мовити», «значить»). Хворий мало реагує на навідні запитання співрозмовника, навіть якщо вони наштовхують його на основну тему розмови. При цьому змінити тему розмови або припинити її можливо не відразу, оскільки хворий прагне довести розпочату розмову до кінця.
- Інертність, ригідність в емоційній сфері, що призводить до формування таких якостей як образливість (застрягання на негативних емоціях), педантичність, злопам'ятність та мстивість, які фігурують в усіх підручниках з психіатрії.
- Інертність в процесі формування цілей проявляється в особливостях рівня домагань, який формується без гнучкої залежності від рівня досягнень.

**Лекція №6 з дисципліни «Клінічна психодіагностика»**  
**Шизофренія та принципи її психологічної діагностики**

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної психології В.М.Павленко*

План-конспект

У МКХ-10 шизофренія має код F20 і їй відповідає ряд різних за значимістю критеріїв:

а) луна думок, вкладання або відбирання думок, їх радіомовлення (відкритість);

б) марення впливу або пасивності, яке відноситься до рухів тіла або кінцівок, до думок, дій або образів відчуття; маячне сприйняття;

в) галюцинаторні голоси, що представляють собою коментар поведінки хворого або обговорення його між собою; інші типи галюцинаторних голосів, що виходять з будь-якої частини тіла;

г) стійкі маячні ідеї іншого роду, які неадекватні для даної культури і абсолютно неможливі за змістом, такі як ідентифікація себе з релігійними чи політичними фігурами, заяви про надлюдські здібності (наприклад, про можливість керувати погодою, спілкуватись з інопланетянами тощо);

д) постійні галюцинації будь-якої сфери, які супроводжуються нестійкими або сформованими маячними ідеями без чіткого емоційного змісту, або надцінними ідеями, які можуть з'являтися щоденно протягом тижнів або навіть місяців;

е) кататонічні розлади, такі як збудження, застигання або воскова гнучкість, негативізм, мутизм і ступор;

ж) «негативні» симптоми, такі як виражена апатія, бідність мови, згладженість або неадекватність емоційних реакцій, що зазвичай призводять до соціальної відгородженості і зниження соціальної продуктивності;

і) значна і послідовна якісна зміна поведінки, що проявляється втратою інтересів, нецільспрямованістю, бездіяльністю, самопоглинанням і соціальною аутизацією.

У МКХ-10 виділяється п'ять основних форм шизофренії: параноїдна, гебефренічна, кататонічна, недиференційована і проста. З переходом на критерії МКХ-10 група хвороб, що відносяться до шизофренії, істотно звужена.

Моделі походження шизофренії:

- Біологічні;
- Психоаналітичні;
- Когнітивно-біхевіоральні;
- Культурно-історичні;
- Екзистенціально-гуманістичні;
- Системні сімейні;
- Біопсихосоціальні.

Головні психологічні особливості, що простежуються при патопсихологічному дослідженні хворих на шизофренію:

- Викривлення, спотворення процесу узагальнення. Виявляється за допомогою методу порівняння, класифікації, 4-ий зайвий, піктограми;
- Різноманітність мислення (бесіда, класифікація, 4-ий зайвий);
- Некритичність мислення (проба Ебінгауза);
- Аутизація, дистанціювання (шкала «шизофренія» в ММРІ
- Наявність маячні, параноїдальних ідей (шкала «параноїя», шкала «параноїдної шизофренії» тощо).

## **Депресія та принципи її психологічної діагностики**

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної психології В.М.Павленко*

### План-конспект

Депресія - психічний розлад, що характеризується патологічно зниженим настроєм (гіпотімією) з негативною, песимістичною оцінкою себе, свого становища в навколишньої дійсності і свого майбутнього. Депресивна зміна настрою поряд із спотворенням когнітивних процесів супроводжується моторним гальмуванням, зниженням спонукань до діяльності, соматовегетативними розладами.

Депресія є різновидом афективних розладів (розладів настрою). Депресії піддаються лікуванню, проте в даний час саме депресія - найбільш поширений психічний розлад.

Різновиди депресії:

- Депресія може бути результатом драматичних переживань, наприклад втрати близької людини, роботи, соціального стану. У таких випадках мова йде про реактивну депресію. Вона розвивається як реакція на якісь зовнішні події, ситуації.
- Якщо ж психологічні, ятрогенні або соматичні причини депресії відсутні або не очевидні, така депресія називається ендогенною.
- Депресія може бути результатом побічної дії багатьох ліків - так звана фармакогенна депресія.

Депресивні симптоми поділяються на типові (основні) і додаткові. При наявності депресії, згідно МКХ-10, повинні бути присутніми два основних симптоми і не менше трьох додаткових.

До типових (основних) симптомів депресії відносяться:

- пригнічений настрій, який не залежить від обставин, протягом тривалого часу (від двох тижнів і більше);

- ангедонія - втрата інтересу або задоволення від раніше приємної діяльності;
- виражена стомлюваність, «занепад сил», які характеризуються стабільністю даного стану (наприклад, протягом місяця).

Додаткові симптоми:

- песимізм;
- почуття провини, марності, тривоги і (або) страху;
- занижена самооцінка;
- нездатність концентруватися і приймати рішення;
- думки про смерть і (або) самогубство;
- нестабільний апетит, зниження або збільшення ваги;
- глікогевзія (стан, який характеризується появою солодкого смаку в роті без відповідного подразника).
- порушений сон, наявність безсоння або пересипання.

Для психологічної діагностики зазвичай використовуються:

- тест ММРІ
- опитувальник FPI
- опитувальник депресії Бека (Шкала Бека)
- опитувальник депресивних станів В.М. Бехтерева
- самооціночна шкала депресії Зунга
- Единбурзька шкала постнатальної депресії
- шкала депресії Монтгомері - Асберга
- Шкала Гамільтона та ін.

## **Алкоголізм та принципи його психологічної діагностики**

*Автор-розробник: канд.психол.наук, доцент кафедри прикладної психології В.М.Павленко*

### План-конспект

Діагностичні критерії алкогольної залежності (Шейдер Р.):

1. Розвиток толерантності до алкоголю: поступове наростання дози, що викликає сп'яніння, помітне ослаблення ефекту від звичних доз, порівняно нормальна поведінка при такій концентрації етанолу в крові, яка викликала б значні порушення у непитущої або малопитущої людини.
2. Поява алкогольного абстинентного синдрому.
3. Необхідність прийому алкоголю для полегшення абстинентного синдрому.
4. Нездатність регулювати дозу алкоголю і тривалість його споживання (втрата самоконтролю).
5. В анамнезі - неодноразові безуспішні спроби кинути пити.
6. Постійний пошук алкоголю, тривалі періоди відновлення після його вживання.
7. Неможливість нормально виконувати домашні і службові обов'язки.
8. Неодноразове вживання алкоголю в ризикованих ситуаціях (за кермом або перед роботою, що вимагає хорошої координації рухів і швидких реакцій).
9. Повне чи часткове припинення професійної діяльності, звуження кола інтересів.
10. Незаконні дії в нетверезому стані і ускладнення відносин з оточуючими.
11. Продовження споживання алкоголю, незважаючи на усвідомлення несприятливих наслідків.

Клінічна картина алкоголізму:

- патологічний потяг до алкоголю;

- змінена толерантність до алкоголю;
- алкогольний абстинентний синдром - ААС;
- алкогольні амнезії;
- зміна форми вживання алкоголю (запої та ін.);
- порушення свідомості хвороби;
- зміни особистості.

Стадії алкоголізму:

1-а стадія алкоголізму (неврастенічна). Obsесивний потяг до спиртного. Психічна залежність від алкоголю. Зростання толерантності. Алкогольні палімпсести. Перехід від епізодичного до систематичного пияцтва. Зниження кількісного контролю за вживанням спиртного. Алкогольна анозогнозія (пояснення випивання, наприклад, для апетиту). Тривалість початкової стадії алкоголізму в 2/3 випадків - 1-3 роки.

2-а стадія алкоголізму (наркоманічна). Перехід від obsесивного до компульсивного потягу. Перехід від психічної до фізичної залежності від алкоголю. Поява абстинентного синдрому. Максимальне зростання толерантності. Поява алкогольних амнезій. Поява помилкових запоїв. Алкогольне чуттєве зубожіння. Втрата кількісного і зниження ситуаційного контролю.

3-я стадія алкоголізму (енцефалопатична). Зростання фізичної залежності від алкоголю. Зниження толерантності. Поява справжніх запоїв. Втрата ситуаційного контролю. Алкогольне недоумство. Під час затяжного алкоголізму виникають алкогольні психози (біла гарячка, галюциноз, маревні психози тощо).

Психологічні механізми розвитку алкоголізму. В рамках алкогольної залежності патологічно змінюється система цінностей і мотиваційна сфера людини. Відбувається, як це показав Б.С. Братусь, «зсув мотиву на мету».



Більшість запропонованих експериментально-психологічних методів передбачали або виявлення вже наявної алкогольної залежності, або визначення ризику його злоякісного перебігу і прогнозу щодо особистісних порушень внаслідок зловживання алкоголем:

- методи виявлення алкогольних проблем на основі популярного Міннесотського багатопрофільного опитувальника (ММРІ);
- Тест CAGE;
- Психологічна діагностика алкогольної залежності, заснована на системі стандартизованого опитування;
- Мічиганський тест на визначення алкогольної залежності та на виявлення психосоціальних наслідків залежності від алкоголю;
- Патохарактерологічний Діагностичний опитувальник (ПДО) має шкалу «схильність до зловживання алкоголем» (Лічко А. Е., 1993);
- Модифікація методики Розенцвейга для виявлення алкогольної залежності (В.Н. Шпаченко, 2000);
- Методика оцінки анозогнозії у хворих на алкоголізм (Санкт-Петербург, 2011).

Реабілітаційні і коректуючі програми для хворих на алкоголізм (зокрема, програма «12 сходи»).