

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗІНА

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Конспект лекцій
з навчальної дисципліни для здобувачів вищої освіти першого
(бакалаврського) рівня за спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація»

Електронний ресурс

Рецензенти:

М. С. Бринза – кандидат медичних наук, доцент, завідувачка кафедри фізичної терапії та реабілітаційної медицини ІІ Медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Г. В. Павленко – доктор філософії, доцент ЗВО кафедри прикладної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Л. М. Гайчук – кандидат медичних наук, доцент, доцент ЗВО кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 4 від 23 січня 2026 року)*

Клінічна психологія : конспект лекцій з навчальної дисципліни для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня за спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація» [Електронний ресурс] / уклад. М. В. Савіна, Н. В. Хрол. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – (PDF 88 с.)

Конспект лекцій для здобувачів вищої освіти за спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація» першого (бакалаврського) рівня розроблений колективом авторів з числа науково-педагогічних працівників кафедри медичної психології ІІ медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна з метою забезпечення здобувачів вищої освіти джерелом структурованої і стислої інформації для опанування теоретичного матеріалу та підготовки до практичних занять з навчальної дисципліни «Клінічна психологія».

Конспект лекцій містить тематичний план лекцій, їхній зміст та компетентності, які набуваються здобувачами вищої освіти при вивченні теми, організаційну структуру кожної лекції, теоретичні матеріали в межах тематики лекції, перелік контрольних запитань, список рекомендованої літератури для поглиблення знань за темою лекції під час самостійної роботи здобувачів вищої освіти.

Розробники:

Савіна Майя Василівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри медичної психології ІІ медичного факультету;

Хрол Наталя Володимирівна, асистент кафедри медичної психології ІІ медичного факультету.

УДК 159.9:616.89(075.8)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2026

© Савіна М. В., Хрол Н. В., уклад., 2026

Зміст

1. Вступ.....	4
2. Тематичний план лекційних занять.....	4
3. Фундаментальні поняття клінічної психології.....	5
4. Поняття психічного здоров'я	8
5. Критерії диференціації норми і патології в клінічній психології. Основні принципи-альтернативи	11
6. Порушення сприйняття, відчуттів, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій, вольових процесів.....	21
7. Психічні та поведінкові розлади.....	45
8. Патопсихологія особистості: акцентуації характеру, розлади особистості.	65
9. Стрес та психологічні механізми його прояву.....	78
10. Література.....	86

1. ВСТУП

Конспект лекцій для здобувачів вищої освіти за спеціальністю І7 Терапія та реабілітація першого (бакалаврського) рівня за навчальної дисципліною «Клінічна психологія» розроблений колективом авторів з числа науково-педагогічних працівників кафедри медичної психології ІІ медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна з урахуванням вимог Закону України «Про вищу освіту», стандарту вищої освіти за спеціальністю І7 Терапія та реабілітація, Положення про організацію освітнього процесу в Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна, освітньо-професійної програми «Фізична терапія», навчального плану та робочої програми навчальної дисципліни «Клінічна психологія», розробленої для здобувачів вищої освіти за спеціальністю І7 Терапія та реабілітація першого (бакалаврського) рівня, галузь знань І Охорона здоров'я та соціальне забезпечення.

Вивчення дисципліни «Клінічна психологія» допоможе здобувачам вищої освіти у розв'язанні низки завдань професійної підготовки та розвитку програмних компетентностей, зокрема забезпечить формування системи знань та практичних навичок відповідно до робочої програми навчальної дисципліни, дозволить зрозуміти закономірності їхнього професійного застосування.

2. ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ

№	Тема лекційного заняття	Кількість академічних годин
1	Лекція 1.1.Фундаментальні поняття клінічної психології.	1
2	Лекція 1.2.Поняття психічного здоров'я.	1
3	Лекція 2.1.Критерії диференціації норми і патології в клінічній психології. Основні принципи-альтернативи.	1
4	Лекція 2.2.Порушення сприйняття, відчуттів, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій, вольових процесів.	1
5	Лекція 3.Психічні та поведінкові розлади.	2
6	Лекція 4.Патопсихологія особистості: акцентуації характеру, розлади особистості.	2
7	Лекція 5.Стрес та психологічні механізми його прояву.	2
Усього академічних годин		10

3. КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

Лекція 1.1.Фундаментальні поняття клінічної психології.

Лекція 1.2.Поняття психічного здоров'я.

Мета: формування у студентів системного розуміння клінічної психології як науки про закономірності психічної діяльності людини в нормі та при патології, її ролі в системі медичних дисциплін і практиці фізичної терапії. Вивчення теми спрямоване на оволодіння базовими поняттями психічного здоров'я, критеріями розмежування норми та патології, усвідомлення взаємозв'язку психічного, фізичного й соціального благополуччя. Засвоєння матеріалу сприяє розвитку професійного мислення, формуванню психологічної компетентності та готовності до міждисциплінарної взаємодії у сфері охорони здоров'я.

План та організаційна структура лекції

Етап проведення	Опис етапу	Рівень засвоєння	Час
Підготовчий	Організаційні питання, перевірка присутності здобувачів вищої освіти	Ознайомлення	5 хвилин

Основний	Актуальність теми лекції. Застосування знань в межах тематики лекції у подальшій фаховій підготовці та у професійній діяльності	Узагальнення, осмислення, розуміння	10 хвилин
	1. Клінічна психологія: визначення, предмет, основні завдання. 2. Історичні передумови виникнення клінічної психології. 3. Методологічні принципи клінічної психології. 4. Сутність і визначення психічного здоров'я. 5. Критерії психічного здоров'я. 6. Структура психічного здоров'я. 7. Фактори, що впливають на психічне здоров'я. 8. Психічне здоров'я як ресурс відновлення та реабілітації.	Узагальнення, осмислення, розуміння	60 хвилин
	Узагальнення та закріплення набутих знань, рефлексія та дебрифінг, відповіді на питання	Закріплення	10 хвилин
Заключний	Надання інформації про тему наступної лекції та завдань для самостійної підготовки	Ознайомлення	5 хвилин
ЗАГАЛОМ			90 хвилин

Теоретичні матеріали

1. Клінічна психологія: визначення, предмет, основні завдання. Клінічна психологія є однією з фундаментальних галузей сучасної медичної науки, яка забезпечує розуміння психічних закономірностей функціонування людини у здоров'ї та хворобі. Для майбутніх фахівців з фізичної терапії знання з клінічної психології мають особливе значення, оскільки професійна діяльність у цій сфері передбачає постійну взаємодію з пацієнтами, які переживають фізичні обмеження, біль, емоційне напруження, страх або втрату мотивації до відновлення.

Під час реабілітації фізичний терапевт має справу не лише з тілом, а й із психікою пацієнта, його особистістю, переживаннями, установками та поведінковими реакціями. Розуміння психологічних механізмів хвороби, ролі емоційних і когнітивних чинників у процесі одужання дозволяє фахівцеві ефективніше будувати комунікацію, формувати довіру, підтримувати мотивацію до лікування й адаптації. Вивчення фундаментальних понять клінічної психології допомагає студентам усвідомити, що психічне здоров'я є не просто відсутністю розладів, а станом гармонійної взаємодії між фізичним, емоційним і соціальним благополуччям людини. Для фізичного терапевта розуміння сутності психічного здоров'я є необхідною умовою для цілісного підходу до пацієнта, у якому поєднуються знання з медицини, психології та гуманістичних наук.

Отже, засвоєння основ клінічної психології формує у студентів психологічну компетентність, необхідну для ефективної професійної діяльності, сприяє розвитку емпатії, відповідальності та здатності бачити пацієнта не лише як об'єкт лікування, а як особистість із власними потребами, страхами й ресурсами.

Клінічна психологія — це галузь психології, головними завданнями якої є вирішення питань (як практичних так і теоретичних), що відносяться до попередження, діагностики психологічних порушень хворих людей, а також до психокорекційних форм впливу на процес їх одужання, реабілітації, вирішення різних експериментальних питань і вивчення дії психічних чинників на форму і перебіг захворювань.

Центральним *об'єктом* уваги клінічної психології є людина, яка переживає труднощі психічного чи поведінкового характеру, що зумовлюють порушення її адаптації до навколишнього середовища. Такі труднощі можуть, з одного боку, бути першопричиною розвитку психічних або психосоматичних розладів, а з іншого — виникати внаслідок захворювань, травм чи тривалого стресу, впливаючи на емоційний стан, когнітивні процеси й поведінку. Отже, об'єктом клінічної психології є людина з порушеннями адаптації, саморегуляції чи самореалізації, які пов'язані з її фізичним, психічним, соціальним або духовним станом.

Предметом клінічної психології виступає дослідження механізмів і закономірностей виникнення, перебігу та подолання дезадаптивних станів, що впливають на психічне здоров'я людини. Клінічна психологія покликана вивчати, діагностувати, коригувати та профілакувати порушення у взаємодії між особистістю та середовищем, які виникають у процесі хвороби, психічного напруження або травматичного досвіду. Її метою є відновлення гармонійного функціонування індивіда, забезпечення його психологічної рівноваги, соціальної адаптації й цілісності особистості.

З огляду на свій міждисциплінарний характер, клінічна психологія поєднує медичний і психологічний підходи. Як медична наука, вона орієнтується на діагностику та профілактику психічних і психосоматичних розладів, а як психологічна — досліджує закономірності психічних процесів, емоційних реакцій, міжособистісної взаємодії та впливу психіки на соматичне здоров'я.

Одним із головних завдань клінічної психології є *діагностика психологічного стану пацієнта*: виявлення особливостей його емоційної сфери, когнітивних процесів, поведінкових реакцій, особистісних рис і рівня адаптації. Не менш важливою є оцінка впливу хвороби на психіку — визначення того, як соматичні порушення відбиваються на мисленні, пам'яті, сприйнятті, мотивації та міжособистісних стосунках. Іншим ключовим напрямом є підвищення стресостійкості, розвиток адаптивних стратегій поведінки та відновлення психологічної рівноваги. Клінічна психологія також вирішує завдання психопрофілактики, тобто запобігання розвитку психічних розладів шляхом формування здорових способів реагування на стрес, підвищення рівня саморегуляції та психологічної культури.

Важливою складовою діяльності клінічного психолога є дослідження психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів, тобто вивчення того, як психічні процеси впливають на виникнення та перебіг соматичних захворювань, і навпаки — як фізичний стан визначає психоемоційне самопочуття людини. Загалом завдання клінічної психології спрямовані на поглиблення розуміння психічного здоров'я, забезпечення своєчасної психологічної допомоги, сприяння адаптації людини до умов хвороби чи інвалідності та формування активної життєвої позиції.

Таким чином, клінічна психологія є наукою широкого профілю, що має міжгалузевий характер і відіграє важливу роль у системі охорони здоров'я, освіти та соціальної підтримки. Вона сприяє розумінню взаємозв'язку біологічних, психологічних і соціальних чинників у формуванні поведінки людини, її емоційного стану та загального психічного благополуччя.

2.Історичні передумови виникнення клінічної психології. За деякими літературними джерелами попередниками клінічної психології визначають дві течії XVIII століття – френологію та месмеризм. Засновником френології був Франц Йозеф Галль (1758–1828), віденський лікар і дослідник. Він висунув ідею, що розумові та особистісні здібності людини залежать від будови та функцій мозку, а ці особливості нібито відображаються у формі черепа. Галль навіть створив своєрідну "карту мозку", де локалізував різні властивості розуму в 28 ділянках. Хоча сьогодні френологія вважається псевдонаукою, її значення важко недооцінити. Саме вона заклала підґрунтя для майбутніх відкриттів у нейронауці, адже ідея локалізації функцій мозку надихнула вчених XIX–XX століть. Подальші дослідження П'єра Брока, Карла Верніке, Вайлдера Пенфілда підтвердили: різні ділянки мозку дійсно відповідають за окремі психічні функції – мовлення, рух, сприйняття.

Іншою течією, яка вплинула на зародження клінічної психології, був месмеризм. Його засновником став австрійський лікар Франц Антон Месмер (1734–1815). Він вважав, що через організм людини протікає особлива "тваринна магнетична сила", порушення в якій спричиняють хвороби. За допомогою магнітів, жестів та своєрідних ритуалів Месмер намагався відновити цей "потік енергії" і вилікувати пацієнтів.

З практик Месмера поступово виросло вчення про гіпноз, яке розвивали Джеймс Брейд, Жан-Мартен Шарко та Зигмунд Фройд. Саме завдяки месмеризму з'явилися перші уявлення про несвідому психічну діяльність та роль психологічних факторів у виникненні хвороб.

Досліджуючи гіпнотичні методики, започатковані Ф. Месмером, Жан-Мартен Шарко (1825–1893) дійшов висновку, що психічна травма, переважно сексуального характеру, породжує ідеї та переживання, які витісняються у несвідоме й виявляються у вигляді істеричних симптомів.

Зигмунд Фройд продовжив дослідження істерії, довівши її психогенне походження та можливість усунення істеричних симптомів за допомогою гіпнозу. Згодом він відмовився від цього методу й створив психоаналіз — новий напрям у психології, який став фундаментом для розвитку

клінічної психології як самостійної науки. В другій половині XIX в. наукові методи стали звичним інструментом у дослідженнях психічних явищ, особливо в 70-х – 80-х рр. У 1879 р. у Лейпцизі Вільгельмом Вундтом була організована перша у світі експериментально-психологічна лабораторія. Вундт став основоположником психології як формальної академічної дисципліни.

Карл Густав Юнг (1875–1961), на початковому етапі своєї діяльності був прихильником психоаналітичного підходу, розробленого З. Фройдом. Однак згодом він відійшов від класичного психоаналізу та започаткував власний напрям – аналітичну психологію, що зосереджувалася на вивченні колективного несвідомого та архетипів.

І.М. Сеченов, спираючись на ідеї європейських мислителів-гуманістів, сформулював теорію рефлекторної діяльності головного мозку. У 1863 році він опублікував працю «Рефлекси головного мозку», яка стала основою для подальшого розвитку вітчизняної нейрофізіології. Значну увагу вчений приділяв медичній психології та планував створити окрему працю, присвячену цій галузі.

І.П. Павлов (1849–1936) – видатний нейрофізіолог, засновник матеріалістичного вчення про вищу нервову діяльність. Він розробив концепцію нервізму, обґрунтував існування першої та другої сигнальних систем, описав фазові стани кори головного мозку, що мало фундаментальне значення для розвитку фізіології та психології. Відомий французький психолог Теодроль Рібо (1839 – 1916) уперше почав вивчати закономірності психічної діяльності не тільки в здорових осіб, але й у душевно хворих. Ці експериментальні дослідження розширили і збагатили медичну психологію.

Вагомий внесок у становлення медичної психології належить Е. Кречмеру, який здобув світове визнання завдяки дослідженням взаємозв'язку між соматичними особливостями людини та її характерологічними рисами. Його праця «Медична психологія», видана у 1926 році, стала першою узагальненою роботою з медичної психології. У ній було систематизовано фізіологічні та психологічні відомості, що мали практичне значення як для лікарів, так і для психологів у роботі з пацієнтами. Найбільш розробленими в 70-і роки були такі розділи медичної психології, як патопсихологія, що виникла на стику психології, психопатології і психіатрії (Зейгарник, Поляков і ін.), і нейропсихологія, що сформувалася на границі психології, неврології і нейрохірургії (О.Р. Лурія, Хомська й ін.). Патопсихологія, згідно Б.В. Зейгарник, вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі.

3. Методологічні принципи клінічної психології. Методологія в клінічній психології — це цілісна система принципів, підходів і способів організації наукової та практичної діяльності, спрямованої на вивчення психічних процесів, станів і властивостей людини в нормі та при патології. Вона забезпечує наукове обґрунтування досліджень, визначає логіку отримання знань і дає змогу узгодити психологічні, медичні та соціальні аспекти розуміння людини як біопсихосоціальної істоти.

Клінічна психологія, будучи міждисциплінарною галуззю, спирається на методологічні принципи загальної, медичної, соціальної та нейропсихології, поєднуючи експериментальний, феноменологічний і гуманістичний підходи. Основу методології становить визнання єдності психічного й соматичного, розуміння особистості як цілісної системи, в якій психологічні, фізіологічні та соціальні процеси взаємопов'язані.

Методологія клінічної психології реалізується через систему конкретно-наукових методів, що дозволяють комплексно досліджувати особистість пацієнта, його психічний стан і поведінкові реакції.

В психології використовуються наступні методи:

- 1 – метод клінічної бесіди,
- 2 – метод спостереження,
- 3 – експеримент,
- 4 – психодіагностичне обстеження.

Метод клінічної бесіди та спостереження є основними методами, що застосовуються в повсякденній практичній роботі лікаря

Метод клінічної бесіди. Клінічна бесіда є провідним методом збору якісної психологічної інформації у процесі безпосереднього спілкування з пацієнтом. Вона спрямована не лише на отримання даних про індивідуально-психологічні особливості, емоційні реакції чи ставлення до хвороби, а й на встановлення довірчого контакту, який має терапевтичний ефект.

Основними принципами проведення клінічної бесіди є чіткість і доступність формулювань, послідовність і нейтральність опитування, гнучкість у побудові діалогу та перевірка достовірності інформації. Успіх методу залежить від професійної майстерності психолога: уміння слухати, емпатійно реагувати, залишатися неупередженим і водночас підтримувати пацієнта.

Метод спостереження. Спостереження — це систематичне вивчення поведінки, реакцій і станів людини у природних або клінічних умовах. Воно дозволяє виявити прояви психічних процесів без активного втручання дослідника. Метод особливо цінний тим, що зберігає природність поведінки пацієнта, що забезпечує автентичність отриманих результатів. Разом із тим спостереження має обмеження — воно не завжди дозволяє з достатньою точністю встановити причинно-наслідкові зв'язки між явищами, тому зазвичай комбінується з експериментом або психодіагностикою.

Метод експерименту. Експеримент у клінічній психології — це науково організована ситуація, у якій дослідник цілеспрямовано змінює певні умови, щоб виявити залежність психічних реакцій від зовнішніх або внутрішніх факторів. Його ознаками є наявність гіпотези, контроль змінних, повторюваність дослідження та можливість об'єктивної реєстрації результатів.

Виділяють лабораторний, природний, констатувальний і формувальний експерименти. У клінічній практиці частіше застосовують природні та формувальні експерименти, які дають змогу простежити зміни у психічному стані під впливом лікувальних або реабілітаційних заходів. Водночас експеримент потребує суворого дотримання етичних вимог: участь пацієнта має бути добровільною, процедура — безпечною, а психолог — обов'язково повідомляти про мету дослідження та результати.

Психодіагностичне обстеження. Психодіагностика — це систематичне вивчення психічних процесів, властивостей і станів людини за допомогою стандартизованих методик. Метою є оцінка рівня розвитку когнітивних функцій (уваги, пам'яті, мислення), емоційної стабільності, особистісних рис і психологічної адаптації. Основні методи психодіагностики — тестування та опитування, які дозволяють отримати валідні й надійні кількісні та якісні показники. Отримана інформація має важливе значення для формування клінічного висновку, визначення напрямів психокорекційної роботи, вибору терапевтичних стратегій і прогнозування ефективності реабілітації.

Серед відомих психодіагностичних інструментів використовуються тести інтелекту (Векслера, Равена), особистісні опитувальники (ММРІ, Айзенка), проективні методики (тест Роршаха, малюнкові методи), а також шкали для оцінки тривожності, депресії, емоційного вигорання та когнітивних порушень.

Таким чином, методологічна система клінічної психології ґрунтується на комплексному, гуманістичному та науково обґрунтованому підході до вивчення психічного життя людини. Вона поєднує емпіричні, експериментальні й психодіагностичні методи з етичними принципами професійної діяльності.

4. Сутність і визначення психічного здоров'я. *Здоров'я* — це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Загальне визначення здоров'я, що було запропоновано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) включає такий стан людини, при якому:

1. збережені структурні і функціональні характеристики організму;
2. наявна висока пристосованість до змін у звичному природному і соціальному середовищі;
3. зберігається емоційне і соціальне благополуччя.

Психічне здоров'я є однією з базових характеристик гармонійного розвитку особистості та невід'ємною складовою загального здоров'я людини. Воно відображає стан внутрішньої рівноваги, здатність особистості адекватно сприймати дійсність, контролювати власну поведінку, емоції й думки, а також ефективно взаємодіяти з соціальним середовищем. На відміну від соматичного здоров'я, психічне не має чітко вимірюваних фізичних показників, тому його оцінювання завжди спирається на комплекс психологічних, поведінкових і соціальних критеріїв.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), **психічне здоров'я** — це стан благополуччя, у якому людина усвідомлює власні можливості, може долати звичайні життєві стреси, продуктивно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти. Отже, психічно здорова особистість не лише відсутня від патологічних симптомів, а й виявляє активність, ініціативу, творчість, здатність до адаптації й розвитку. Сутність психічного здоров'я полягає в гармонійному поєднанні когнітивної, емоційної, мотиваційно-вольової та соціальної сфер психіки, що забезпечують цілісність особистості. Психічне здоров'я визначається рівнем зрілості особистості, її здатністю до саморегуляції,

реалістичного ставлення до себе та оточення, умінням приймати рішення, брати відповідальність і долати життєві труднощі без руйнівних наслідків для внутрішнього світу.

5. Критерії психічного здоров'я. В психології психічне здоров'я розглядається не як статичний стан, а як динамічний процес, що змінюється залежно від віку, життєвого досвіду, соціальних впливів і стану фізичного здоров'я. Його можна уявити як безперервний континуум від норми до патології, де межі не завжди є різко окресленими. Важливою складовою сутності психічного здоров'я є здатність до адаптації, тобто пристосування до мінливих умов середовища без втрати особистісної цілісності. Людина, яка володіє адекватними механізмами психологічного захисту, гнучкістю мислення та стійкістю до стресу, здатна підтримувати внутрішню стабільність навіть у складних життєвих ситуаціях.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає 7 компонентів психічного здоров'я:

1. усвідомлення і почуття безперервності, постійності свого «Я»;
2. почуття сталості переживань в однотипних ситуаціях;
3. критичність до себе і до результатів своєї діяльності;
4. відповідність психічних реакцій до сили і частоти середовищних впливів;
5. здатність керувати своєю поведінкою відповідно до загальноприйнятих норм;
6. здатність планувати своє життя і реалізовувати свої плани;
7. здатність змінювати поведінку в залежності від життєвих ситуацій і обставин.

До найзвичайніших критеріїв психічного здоров'я відносять:

— відсутність або наявність виражених форм психічних захворювань та пограничних нервово-психічних розладів;

— гармонійність психічного розвитку та його відповідність віку;

— рівень розвитку показників стану провідних соціально- професійно- значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, які зумовлюють ефективне виконання різноманітних навчальних, професійних або побутових завдань у повсякденній діяльності.

Таким чином, здоров'я взагалі і психічне здоров'я зокрема являють собою динамічне сполучення різних показників, тоді як хворобу, навпроти, можна визначити як звуження, зникнення або порушення критеріїв здоров'я.

6. Структура психічного здоров'я. Структура психічного здоров'я охоплює взаємопов'язані компоненти, що забезпечують цілісне функціонування особистості:

Когнітивний компонент — адекватне сприйняття, мислення, увага, пам'ять, здатність до раціонального аналізу й усвідомлення власних дій.

Емоційно-вольовий компонент — емоційна стабільність, уміння контролювати почуття, здатність до саморегуляції, рішучість і наполегливість у досягненні цілей.

Мотиваційно-ціннісний компонент — наявність життєвих цілей, смислу діяльності, позитивної самооцінки та внутрішньої мотивації до розвитку.

Соціально-комунікативний компонент — здатність до конструктивної взаємодії, емпатії, соціальної адаптації та відповідальності.

Узгоджене функціонування цих компонентів забезпечує гармонію між внутрішнім світом людини та зовнішнім середовищем, що є основою її психічного здоров'я.

7. Фактори, що впливають на психічне здоров'я. Психічне здоров'я формується під впливом комплексу взаємопов'язаних біологічних, психологічних і соціальних чинників, які визначають рівень адаптації, стійкість до стресу та здатність до саморегуляції.

Біологічні фактори охоплюють спадковість, тип нервової системи, стан мозкової діяльності, гормональний баланс, соматичне здоров'я, а також вплив віку, втоми, сну, харчування чи травм. Вони створюють фізіологічну основу психічного функціонування. Психологічні фактори визначають індивідуальні особливості особистості — характер, темперамент, рівень самооцінки, систему цінностей, здатність до саморегуляції, емоційну зрілість і копінг-стратегії. Від них залежить, як людина сприймає стрес, долає труднощі й відновлює внутрішню рівновагу. Соціальні фактори пов'язані з умовами життя та міжособистісними відносинами: сімейним мікрокліматом, соціальною підтримкою, рівнем освіти, професійним навантаженням, економічною стабільністю, культурними традиціями та екологічним середовищем.

Психічне здоров'я також залежить від життєвого досвіду, як позитивного (успіхи, визнання), так і негативного (стреси, втрати, конфлікти). Важливу роль відіграють духовні та екзистенційні чинники — усвідомлення сенсу життя, ціннісні орієнтири, віра у власні можливості.

8. Психічне здоров'я як ресурс відновлення та реабілітації. Психічне здоров'я є важливою передумовою ефективного фізичного, емоційного та соціального відновлення людини після хвороби, травми чи стресу. У сучасному розумінні воно виступає не лише показником благополуччя, а й ключовим внутрішнім ресурсом, що визначає здатність особистості активно долати наслідки захворювання, брати участь у реабілітаційному процесі та зберігати мотивацію до відновлення. Психічне здоров'я забезпечує цілісність особистості, її стійкість до фрустрації, здатність до саморегуляції, позитивне бачення себе й майбутнього. Людина з високим рівнем психічного здоров'я краще сприймає лікування, демонструє відповідальність, оптимізм і довіру до фахівців, що суттєво підвищує ефективність реабілітаційних заходів.

У клініко-психологічному аспекті психічне здоров'я виконує адаптаційну, мотиваційну та відновлювальну функції. Адаптаційна функція полягає у здатності особистості пристосовуватися до змінених умов життя, фізичних обмежень і нових соціальних ролей. Мотиваційна функція забезпечує готовність до активної участі у власному лікуванні, формує установку на успіх, віру у власні сили та прагнення до повноцінного життя. Відновлювальна функція виявляється у мобілізації внутрішніх ресурсів — емоційних, когнітивних і духовних — для досягнення психологічної рівноваги та відновлення цілісності «Я». Для фахівців із фізичної терапії психічне здоров'я пацієнта є невід'ємним компонентом біопсихосоціальної моделі реабілітації. Адекватна психоемоційна підтримка, налагодження довірливих стосунків, зниження рівня тривожності та депресії сприяють покращенню фізичного стану, підвищують мотивацію до виконання реабілітаційних програм і прискорюють процес відновлення функцій.

Таким чином, психічне здоров'я виступає системоутворювальним ресурсом реабілітаційного процесу, що визначає його результативність і тривалість. Збереження й підтримка психічного здоров'я мають бути інтегрованими складовими комплексної медико-психологічної допомоги, оскільки саме воно забезпечує здатність людини не лише відновити фізичні сили, а й зберегти внутрішню гармонію, активну життєву позицію та віру у власне одужання.

Контрольні запитання для самоконтролю

1. Сутність, мета та основні завдання клінічної психології.
2. Теоретико-методологічні засади медичної психології.
3. Історичні етапи становлення та розвитку клінічної психології.
4. Психологічні методи дослідження в клінічній практиці.
5. Поняття психічного здоров'я та психологічної адаптації людини.
6. Рівні психічного благополуччя, критерії психічного здоров'я за ВООЗ, взаємозв'язок між нормою і патологією.
7. Психологічні механізми впливу хвороби на психіку пацієнта.
8. Особливості емоційних, когнітивних і поведінкових змін у процесі захворювання та відновлення.
9. Фактори, що впливають на психічне здоров'я.
10. Психічне здоров'я як фактор ефективності реабілітації.

Рекомендована література

1. Медична психологія: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛПРА, 2022. 300 с.
2. Медична психологія. Міщенко Т.С. Савіна М.В., Штриголь Д.В., Лісна Н.М.: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології: навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 106 с. 3. Джерело
3. Клінічна психологія: навч. посіб. / А. М. Османова, Г.В. Хорунженко. К.: Університет «Україна», 2023. — 183 с.

4.Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ: КНТ, 2016. — 369 с.

5.Ільїна П.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2023.163 с.

6.Основи загальної та медичної психології у вищій школі : навч.посіб. / за ред. Р. І. Білобровки, 2018. 286 с.

7.Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. — Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. — 255с

Лекція 2.1.Критерії диференціації норми і патології в клінічній психології. Основні принципи-альтернативи.

Лекція 2.2.Порушення сприйняття, відчуттів, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій, вольових процесів.

Мета: лекції «Критерії диференціації норми і патології в клінічній психології. Основні принципи-альтернативи» – формування у здобувачів освіти системного розуміння теоретичних і методологічних підходів до розмежування психічної норми та патології в клінічній психології. Лекція спрямована на оволодіння знаннями про основні критерії психічного здоров'я, а також про принципи, що визначають співвідношення нормального й патологічного функціонування психіки. Особлива увага приділяється аналізу альтернативних концепцій — біологічного, психологічного, соціального, культурно-історичного та інтегративного підходів — у контексті клініко-психологічної оцінки стану людини. Засвоєння теми сприяє розвитку у студентів професійного мислення, вмінню здійснювати критичний аналіз проявів психічної діяльності та диференціювати варіанти норми, акцентуації й патології.

Метою вивчення теми «Порушення сприйняття, відчуттів, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій, вольових процесів» є поглиблення знань студентів про психологічну структуру психічної діяльності людини та механізми її порушень при різних формах психічних і соматичних розладів. Лекція має на меті ознайомити студентів із основними видами порушень когнітивних, емоційних і вольових процесів, їх клініко-психологічними проявами. Вивчення теми дозволяє зрозуміти взаємозв'язок між порушеннями окремих психічних функцій і загальним станом особистості, формує у майбутніх фахівців здатність до цілісного аналізу психічного статусу пацієнта, що є необхідною умовою для ефективної реабілітації та психологічної підтримки.

План та організаційна структура лекції

Етап проведення	Опис етапу	Рівень засвоєння	Час
Підготовчий	Організаційні питання, перевірка присутності здобувачів вищої освіти	Ознайомлення	5 хвилин
Основний	Актуальність теми лекції. Застосування знань в межах тематики лекції у подальшій фаховій підготовці та у професійній діяльності	Узагальнення, осмислення, розуміння	10 хвилин
	1.Історія питання . 2.Підходи до визначення психічної норми і патології. 3.Основні принципи-альтернативи. 4.Порушення відчуттів, сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту, емоцій, вольових процесів.	Узагальнення, осмислення, розуміння	60 хвилин
	Узагальнення та закріплення набутих знань, рефлексія та дебрифінг, відповіді на питання	Закріплення	10 хвилин
Заключний	Надання інформації про тему наступної лекції та завдань для самостійної підготовки	Ознайомлення	5 хвилин

Теоретичні матеріали

1. Історія питання. Одним із центральних завдань клінічної психології є чітке розмежування психічної норми та патології, що становить основу для діагностики, психологічної інтерпретації та вибору оптимальних методів допомоги пацієнтові. Від правильності цієї диференціації залежить не лише точність клінічного висновку, а й ефективність подальших лікувально-реабілітаційних заходів, психокорекційної роботи та профілактики психічних розладів.

Проблема визначення межі між нормальним і патологічним функціонуванням психіки має глибоке історико-наукове підґрунтя. Ще в античні часи філософи (зокрема Гіппократ, Платон, Арістотель) намагалися пояснити відхилення у поведінці людини через природні та біологічні причини, відкидаючи надприродне походження психічних розладів. У середньовіччі, натомість, домінувало релігійно-містичне трактування, де психічні порушення пов'язувалися з одержимістю або моральним відступництвом. Лише з розвитком медицини й психології у XIX–XX століттях сформувалося наукове бачення психічної патології як результату комплексної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Сучасна клінічна психологія розглядає норму і патологію як континуум психічного функціонування, у межах якого відбуваються кількісні та якісні зміни особистості. Межа між ними не є абсолютною, адже кожен індивід має власні варіації поведінки, емоційних реакцій і когнітивних процесів, які залежать від віку, культури, соціального середовища та життєвого досвіду. Саме тому оцінка психічного стану потребує комплексного підходу — поєднання медичних, психологічних, соціальних і культурно-антропологічних критеріїв.

Знання критеріїв диференціації норми і патології дозволяє майбутнім фахівцям — зокрема фізичним терапевтам і клінічним психологам — глибше розуміти психічний стан пацієнта, своєчасно розпізнавати прояви дезадаптації, коригувати поведінкові та емоційні відхилення, а також формувати реалістичні прогнози щодо процесу реабілітації. Таким чином, дана тема має не лише теоретичне, але й виключно практичне значення для сучасної медичної та психологічної практики.

Ще наприкінці XIX ст. чітко розмежовувалася психічна норма та патологія. І лише на початку XX ст. у зв'язку з поширенням психоаналізу ця межа починає розмиватися. Перша світова війна стала поштовхом для виникнення нових підходів до душевних хвороб — екзистенціального, гуманістичного, в основі якого лежить такий підхід до людини, згідно з яким його внутрішній світ унікальний, а його буття у світі індивідуальне, поняття норми та патології почали розглядатися з різних точок зору — від динамічного балансу внутрішніх сил до рівня адаптації до соціального середовища.

Період воєнних конфліктів, особливо Перша світова війна, став поворотним етапом у розвитку клінічної психології та психіатрії. Саме тоді з'явилася нечувана кількість випадків так званих «шокових станів», які проявлялися паралічами, тремтінням, втратою пам'яті, нав'язливими кошмарами, істеричними реакціями та емоційною притупленістю. Ці симптоми спостерігалися у солдатів, що пережили артилерійські обстріли, вибухи, смерть товаришів і постійне перебування в умовах смертельної небезпеки. До війни подібні стани часто пояснювалися «слабкістю характеру», «істеричністю» або моральною нестійкістю, що особливо стосувалося жінок, адже істерію вважали «жіночою хворобою». Проте під час бойових дій аналогічні симптоми масово виявлялися у молодих, фізично здорових чоловіків-солдатів. Це спростувало попередні уявлення і змусило медичну спільноту шукати нові наукові пояснення психологічних розладів, зумовлених екстремальними умовами. Війна привернула увагу лікарів до психотравми як реального клінічного феномена. Було доведено, що психологічний стрес — зокрема тривале перебування під обстрілами, страх смерті, перевтома, втрата близьких — може викликати не менш серйозні порушення, ніж фізичні поранення. З'явилися перші терміни на позначення цих станів — «shell shock» («снарядний шок») у Великій Британії та «war neurosis» («військовий невроз») у Німеччині.

Саме в цей час почали формуватися нові підходи до діагностики психічних розладів, у яких враховували не лише біологічні, а й соціально-психологічні фактори. Замість сприймати розлади як вроджені або моральні вади, лікарі почали бачити в них реакцію психіки на надмірний стрес. Перша світова війна стала поштовхом до перегляду уявлень про норму і патологію, а також сприяла становленню сучасних напрямів психотерапії та клінічної психології. Саме з цього періоду почали

активно розвиватися такі концепції, як психоаналітична теорія травми (З. Фройд), концепція адаптації та дезадаптації (А. Адлер, К. Юнг), а пізніше — теорія посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Таким чином, війна стала не лише гуманітарною катастрофою, а й каталізатором наукових змін, що дозволили глибше зрозуміти природу людської психіки, її вразливість і здатність до відновлення. Саме тоді клінічна психологія отримала нові імпульси до розвитку як науки, покликаної пояснювати, лікувати та попереджати наслідки психічних травм.

2. Підходи до визначення психічної норми і патології. Перегляд уявлень про психічну норму і патологію, започаткований під час воєнних конфліктів, заклав підґрунтя для глибших теоретичних пошуків у XX столітті. Клінічна психологія й психіатрія почали дедалі більше орієнтуватися не лише на біологічні та медичні аспекти хвороби, а й на внутрішній світ особистості, її суб'єктивне переживання страждання. У цьому контексті особливе місце посів феноменологічний підхід, запропонований німецьким філософом і психіатром Карлом Ясперсом.

К. Ясперс у своїй фундаментальній праці «Загальна психопатологія» (1913) уперше системно застосував феноменологічний метод до аналізу психічних розладів. Він наголошував, що психіатрія повинна не лише фіксувати зовнішні прояви симптомів, а й намагатися зрозуміти внутрішній досвід хворого — його думки, почуття, страхи та уявлення про власний стан. На думку Ясперса, справжнє пізнання психічної хвороби можливе лише через «проникнення» (нім. *Einfühlung*) у суб'єктивний світ пацієнта, тому психіатрія є не лише наукою, а й певним «мистецтвом розуміння», яке потребує емпатії, інтуїції та етичної чутливості лікаря. Подальший розвиток гуманістичних і феноменологічних ідей у середині XX століття призвів до глибокої кризи традиційної психіатрії, яка часто зводилася до медичного контролю та ізоляції хворих. У 1960-х роках у багатьох країнах Європи та США виник антипсихіатричний рух (Р. Лейнг, Т. Сас, Д. Купер, М. Фуко), що поставив під сумнів саму ідею психічної хвороби як об'єктивного феномена.

Представники цього напрямку стверджували, що психічні розлади — це радше соціальний конструкт, «міф», який використовується суспільством для контролю над індивідами, поведінка яких виходить за межі прийнятої норми. Вони різко критикували тодішню психіатричну практику — електрошокову терапію, лоботомію, примусову госпіталізацію, застосування сильнодіючих нейролептиків — розглядаючи її як дегуманізуючу форму насильства, що перетворює лікаря на представника репресивної системи. У той же період з'явилися й етичні дискусії про межі влади медицини над особистістю, адже у деяких державах психіатрія використовувалася як політичний інструмент для ізоляції «небажаних» або «інакших» людей. Ці події стали потужним поштовхом до гуманізації підходів у клінічній психології, формування концепцій психічного здоров'я як соціокультурного та етичного феномена.

І нині тривають наукові та філософські дебати щодо відносності межі між нормою і патологією. Психічне здоров'я дедалі частіше розглядається як динамічний стан рівноваги, який може змінюватися під впливом життєвих обставин, культури, соціального контексту й індивідуального досвіду. Цей погляд став основою сучасних біопсихосоціальних моделей у клінічній психології, що поєднують медичні, психологічні й гуманітарні підходи до розуміння людини. Історичний розвиток уявлень про норму і патологію демонструє, що ці поняття не є сталими, а змінюються відповідно до соціально-культурного контексту, рівня наукового знання та потреб практики.

У клінічній психології критерії норми й патології почали систематизуватися лише в середині XX століття, коли виникла потреба в об'єктивних діагностичних підходах. З'явилися перші наукові класифікації (DSM, МКХ), а також почалося активне обговорення того, які саме критерії можна вважати універсальними: статистичні, нормативні, суб'єктивні тощо.

Поступове переосмислення межі між психічною нормою і патологією привело до розуміння, що норма не є статичною категорією, а залежить від історичного періоду, культурних традицій, суспільних цінностей і наукових підходів. Саме тому Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у своїх сучасних концепціях підкреслює, що *норма* — це етичний стандарт, модель поведінки або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна або типова для тієї чи іншої культури.

Ознаки:

- адекватне сприйняття реальності;
- здатність до самоконтролю та критики своїх дій;
- гнучкість поведінки, можливість пристосовуватись;

- збереження особистісної цілісності;
- відсутність виражених страждань, які заважають життю.

ВООЗ розглядає норму в широкому біопсихосоціальному контексті, де поведінкові та психічні прояви людини оцінюються не тільки з клінічної точки зору, а й з позицій етики, прав людини та культурної різноманітності. Так, на міжнародному рівні ведуться дискусії щодо *нормативності певних форм поведінки, зокрема:*

- вживання алкоголю та психоактивних речовин, де межа між соціально прийнятним і патологічним споживанням визначається не лише кількістю, а й впливом на функціонування особистості;

- сексуальної орієнтації та уподобань, які раніше трактувалися як відхилення від норми, а нині розглядаються у контексті психологічного благополуччя, ідентичності та прав людини.

Показовим прикладом еволюції критеріїв норми є зміна підходів до клінічної, етичної та правової оцінки гомосексуальності. Протягом XX століття вона пройшла кілька етапів:

- у минулому — криміналізація як соціально небезпечної поведінки;
- згодом — медикалізація, коли гомосексуальність розглядалася як психічне захворювання;
- у сучасному світі — декласифікація, коли цей феномен визнано варіантом індивідуальної норми.

У 1990 році ВООЗ офіційно вилучила термін «гомосексуалізм» із Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), визнавши його не патологією, а природною варіацією людської сексуальності. Цей факт став важливим кроком у розвитку гуманістичного підходу до психічного здоров'я, який базується на принципах прийняття, толерантності та поваги до індивідуальних відмінностей.

Виділяють такі рівні психічного здоров'я:

Ідеальна норма, або еталонне здоров'я — стан, при якому ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів або психічної дезадаптації дорівнює нулю. Ідеальна норма є гіпотетичним станом. На думку Ганнушкіна, “гармонічні натури більшою мірою є наслідком уяви”. За ВООЗ, ідеальна норма — це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально предписаний зразок поведінки.

Середньостатистична норма — стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції. Наприклад, невиражені інтелектуально-мнестичні порушення в осіб похилого віку відносяться до показників середньостатистичної норми цієї вікової групи та свідчать про наявність розладів у осіб молодого віку.

Конституційна норма — кожен конституційний тип схильний до певного типу психологічного реагування та до певного кола поведінкових і психічних розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні фактори, стосовно яких він найбільш вразливий. Наприклад, людям із шизоїдною конституцією властиві холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; людям з циклотимічною конституцією (не хвороба, а риса психічної організації) — зміна настрою від веселощів до пригніченості.

Акцентуація — варіант психічної норми, що знаходиться на межі між нормою та патологією, який характеризується особливою вираженістю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку схильності людини до певних психічних та поведінкових розладів поведінки — наркогенні та психогенні.

Поняття *психічної патології* у клінічній психології охоплює широкий спектр порушень психічної діяльності, які виходять за межі адаптивного функціонування людини та зумовлюють емоційні, поведінкові й когнітивні розлади, що перешкоджають нормальному життю, соціальній взаємодії та самореалізації особистості. Патологічні стани відрізняються стійкістю, системністю і тенденцією до прогресування, що потребує діагностики, терапії та реабілітації.

З клініко-психологічної точки зору, *психічна патологія* — це порушення цілісності психічної діяльності, яке призводить до дезадаптації, страждання або обмеження життєдіяльності людини. У таких випадках особистість втрачає здатність адекватно оцінювати реальність, гнучко реагувати на зміни середовища, контролювати власні емоції та поведінку.

Основні ознаки психічної патології:

Викривлене сприйняття реальності. Характеризується появою галюцинацій (уявного сприйняття без реального стимулу), маячних ідей (непохитних переконань, що не відповідають

дійсності) або нав'язливих думок, які людина не може подолати волею. Ці порушення спотворюють контакт із реальністю та порушують процес мислення.

Втрата критичності до власного стану. Пацієнт часто не усвідомлює хворобливості своїх переживань чи поведінки, заперечує необхідність лікування, вважаючи свої переконання єдино правильними. Такий феномен спостерігається, наприклад, при психозах або маніакальних станах.

Негнучкість поведінки. Людина втрачає здатність до адаптивної реакції на зміни обставин, застрягає на хворобливих ідеях або емоціях, демонструє ригідність у мисленні й діях. Унаслідок цього її поведінка стає неадекватною, повторюваною, емоційно збідненою чи, навпаки, надмірно збудженою.

Виразене психічне страждання. Патологічні процеси супроводжуються відчуттям безсилля, провини, тривоги, депресії, що призводить до зниження якості життя і порушення внутрішньої рівноваги. У тяжких випадках можливе формування суїцидальних думок або аутоагресивної поведінки.

Соціальна дезадаптація. Психічна патологія часто спричиняє розлади соціального функціонування: труднощі у навчанні, професійній діяльності, міжособистісних стосунках. Людина може втратити здатність до самостійного життя, ухилятися від соціальних контактів, ізолюватися або поводитися асоціально.

Додаткові аспекти патології. Патологія має комплексну природу, де поєднуються біологічні (генетичні, нейрофізіологічні), психологічні (емоційні, когнітивні) та соціальні (стреси, соціальна ізоляція) чинники. Саме тому сучасна клінічна психологія використовує інтегрований підхід до діагностики й лікування.

Межа між нормою і патологією є відносною: легкі порушення адаптації або емоційної регуляції можуть бути тимчасовими і не вимагати втручання, тоді як глибокі розлади призводять до дезінтеграції психічної діяльності.

У міжнародній практиці психічні розлади систематизуються за МКХ-11 (ВООЗ, 2022) та DSM-5 (Американська психіатрична асоціація). Ці документи містять детальні критерії для діагностики розладів мислення, емоцій, сприйняття, особистості, поведінки тощо.

Отже, аналізуючи поняття психічної патології, можна зробити висновок, що її прояви охоплюють широкий спектр станів — від незначних порушень емоційної рівноваги до глибоких дезорганізацій особистості. Проте не кожне відхилення від звичної поведінки чи настрою свідчить про наявність хвороби. Для того щоб розмежувати тимчасові адаптаційні труднощі від справжніх психічних порушень, у клінічній психології та психіатрії використовують поняття «психічний розлад».

Психічний розлад — це стан психіки, при якому спостерігаються стійкі порушення емоційної, когнітивної та/або поведінкової сфер, що призводять до дезадаптації, страждання чи порушення соціального функціонування. На відміну від короткочасних реакцій на стрес чи втому, психічний розлад має тривалий, системний характер і суттєво впливає на повсякденне життя людини.

Критерії психічного розладу (згідно з DSM-5 / МКХ-11):

-Порушення психічних функцій — зміни у мисленні, емоціях, сприйнятті, пам'яті чи поведінці.

-Виразене психічне страждання або внутрішній дискомфорт, який людина не може подолати самостійно.

-Соціальна чи професійна дезадаптація — труднощі у навчанні, роботі, побуті, міжособистісних стосунках.

-Тривалість і стійкість симптомів, які повторюються або зберігаються протягом тривалого часу.

Основні групи психічних розладів:

-Афективні розлади — депресія, біполярний афективний розлад.

-Тривожні розлади — панічні атаки, генералізований тривожний розлад, фобії.

-Психотичні розлади — шизофренія, маячні стани, галюцинації.

-Особистісні розлади — нарцисистичний, антисоціальний, емоційно нестабільний, циклотимічний тип.

Варто підкреслити, що психічний розлад не тотожний тимчасовому стресу, поганому настрою чи реакції на складну життєву ситуацію. Такі стани розглядають як варіанти психічної адаптації, які можуть бути зворотними та не потребувати медичного втручання. Психічний розлад, навпаки, є

системним порушенням психічної діяльності, що потребує діагностики, психологічної або психотерапевтичної допомоги та, за необхідності, медикаментозного лікування.

3. Основні принципи-альтернативи. Після розгляду понять норми, патології та психічних розладів, переходимо до аналізу того, як саме психолог чи лікар визначає, до якої межі належить конкретний психічний стан. У діагностичній практиці часто трапляються випадки, коли прояви поведінки чи емоцій не є однозначно нормальними або патологічними, а їхнє трактування залежить від контексту, індивідуальних особливостей та соціальних умов. Саме тому у клінічній психології сформульовано принципи-альтернативи, які дозволяють уникнути поспішних або хибних діагностичних рішень.

Одним із ключових серед них є принцип *феноменологічного підходу*, який бере свій початок у працях К. Ясперса та залишається актуальним у сучасній психіатрії й клінічній психології. Цей принцип ґрунтується на ідеї, що кожне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) має багатозначний характер і може бути інтерпретоване як психологічно закономірне або як патологічне, залежно від контексту. Феноменологічний підхід вимагає, щоб клініцист розглядав внутрішній досвід пацієнта — його думки, емоції, відчуття, поведінкові реакції — не лише як набір симптомів, а як суб'єктивну реальність, що має свій смисл і логіку. Це означає, що навіть хворобливі переживання слід спочатку зрозуміти, а не лише описати. У практичному плані принцип феноменологічного підходу реалізується через *принцип альтернативи* — тобто врахування різних можливих пояснень психічного стану пацієнта. Діагност, спостерігаючи певний симптом або поведінку, повинен розглядати кілька гіпотез: чи це реакція на стрес, прояв особистісної риси, культурно обумовлена поведінка, чи ознака клінічного розладу. Тільки після порівняння, перевірки та виключення альтернативних варіантів можна зробити обґрунтований висновок.

Такий підхід:

- зменшує ризик помилкової діагностики;
- враховує індивідуальний та соціальний контекст;
- допомагає зберегти гуманістичний підхід у ставленні до пацієнта.

Застосування принципу альтернативи в клінічній психології передбачає відмову від спрощеного, «чорно-білого» мислення у процесі діагностики. Людина не може бути лише «здоровою» або «хворою» — між цими станами існує багатовимірний спектр психічних станів, який відображає динаміку розвитку, компенсації, адаптації та соціального функціонування.

Наприклад, пацієнт, який переніс напад шизофренії, у рамках одномірної системи координат (тобто традиційного, медичного підходу) повинен бути віднесений або до категорії «хворий», або до «здоровий». Така дихотомія не відображає реальної складності його психічного стану, адже навіть після зникнення гострих симптомів психічне життя людини може зберігати ознаки вразливості, зміненої самооцінки, порушення соціальної адаптації тощо. У межах багатовимірної системи координат, яку пропонує феноменологічний підхід, оцінювання стану пацієнта здійснюється за кількома взаємопов'язаними осями. Замість однозначного висновку («здоровий» чи «хворий»), клініцист розглядає альтернативні характеристики:

- дефект — одужання — хроніфікація (ступінь збереження або відновлення психічних функцій);
- ремісія — рецидив — інтермісія (динаміка перебігу розладу у часі);
- адаптація — дезадаптація (здатність людини до соціального функціонування);
- компенсація — декомпенсація (рівень використання психологічних ресурсів);
- позитивне — негативне (співвідношення продуктивних симптомів і дефіцитарних змін);
- хвороба — особистість (відображає співвідношення між клінічним діагнозом і цілісним психологічним портретом людини);
- нозос — патос (різниця між медичною суттю хвороби — нозологічною формою — і її суб'єктивним переживанням пацієнтом);
- реакція — стан — розвиток (характеризує динаміку патологічного процесу: від короткої реакції до стійкого стану чи прогресивного розвитку розладу);
- психотичне — непсихотичне (визначає глибину порушень контакту з реальністю — від незначних до повної втрати усвідомлення);

-екзогенне – ендегенне – психогенне (показує походження розладу: зовнішні чинники, внутрішні біологічні причини чи психічні травми);

-фаза – приступ – епізод (характеризує перебіг захворювання у часі: тимчасові прояви, загострення або окремі епізоди хвороби).

Такий мультикоординатний аналіз дозволяє побачити пацієнта не як носія діагнозу, а як особистість у процесі змін, із власною історією хвороби, шляхом відновлення та можливістю реадaptaції.

Таким чином, принцип альтернативи і багатовимірний підхід є фундаментальними для сучасної клінічної психології. Вони допомагають уникнути редукціонізму, підвищують точність діагностики, сприяють формуванню індивідуалізованого плану психокорекції та реабілітації, а головне — зберігають гуманістичне бачення пацієнта як особистості, здатної до розвитку й відновлення.

Розглянемо деякі принципи-альтернативи детальніше. *Принцип «хвороба – особистість»* є базовим орієнтиром у феноменологічно спрямованому діагностичному процесі, оскільки він визначає дві альтернативні площини тлумачення будь-якого психологічного феномену: чи є спостережувана особливість проявом психічної хвороби, чи, навпаки, виявом індивідуальності, світогляду або культурної норми. У межах цього принципу клінічний психолог або психіатр розглядає феномен не як однозначну патологічну ознаку, а як потенційно нормальний прояв особистісного досвіду, залежний від соціокультурного контексту, традицій, системи цінностей і переконань. Найяскравіше альтернатива «хвороба – особистість» проявляється під час оцінювання переконаності у власних ідеях, яка може коливатися між двома полюсами — маяченням і світоглядом. Маячення у клінічному розумінні — це помилкове переконання, що виникає на патологічній основі, не піддається логічній аргументації чи корекції та є результатом хворобливого процесу (наприклад, при шизофренії або параноїдних психозах). Водночас світогляд — це система переконань і уявлень людини про світ, себе й сенс буття, яка формується під впливом культури, релігії, виховання, життєвого досвіду та може бути непорушною без наявності патології. Труднощі виникають саме тоді, коли клініцист намагається провести межу між цими двома феноменами. Наприклад, релігійна віра для людини-атеїста може виглядати як ірраціональне або хибне переконання, що не піддається корекції, але це не дає підстав вважати її психопатологічним симптомом. Визначальним є не зміст переконання, а наявність або відсутність хворобливого процесу, який його породжує.

Принцип «*нозос – патос*» є одним із фундаментальних у клініко-психологічному мисленні, оскільки він визначає, у якій площині — як динамічний процес чи як відносно стабільний психічний стан — слід розглядати психічний феномен. Цей підхід дає можливість відрізнити динамічний патологічний процес (нозос) від стійкого патологічного стану чи наслідку (патос), що має важливе значення для правильної діагностики, прогнозу перебігу розладу та побудови психокорекційної чи реабілітаційної програми.

У психіатрії під *нозосом* (від грец. νόσος — хвороба) розуміють хворобливий процес, який має власний етіологічний механізм, закономірний перебіг і тенденцію до змін — прогресування, еволюції або регресу. Нозос означає, що ми маємо справу з хворобливим процесом, який розвивається у часі, має причину, механізм виникнення, динаміку і може прогресувати, регресувати або завершитися одужанням. Тобто, це динамічне утворення, що відображає розвиток психічної патології у часі: наприклад, гострий психоз, депресивний епізод або приступ тривоги. Це те, що зараз триває, і лікар або психолог спостерігає активну фазу хвороби. Натомість *патос* (від грец. πάθος — страждання, стан) позначає результат або наслідок патологічних процесів — відносно стабільний психічний стан чи відхилення розвитку, яке характеризується стійкістю, резистентністю і незначною схильністю до трансформації. До таких феноменів належать, зокрема, дефекти особистості після перенесених психозів, стійкі емоційно-вольові порушення або сформовані патологічні риси характеру (апатія або втрата ініціативи після депресії, стійка тривожність після травматичного досвіду тощо).

Згідно з принципом «нозос – патос», психолог, спостерігаючи певний феномен, повинен визначити, чи є він:

-нозологічно обумовленим процесом, тобто проявом активної хвороби, що має етіологію, патогенез і певну динаміку (наприклад, психотичний епізод, депресивна фаза);

-чи патологічним утворенням, тобто відносно завершеним, стабільним станом, який є результатом або наслідком попереднього хворобливого процесу (наприклад, емоційна тупість, інертність мислення, апатія після психозу).

З практичної точки зору, принцип “нозос – патос” допомагає уникнути змішування активних симптомів хвороби з її залишковими явищами, що особливо важливо при проведенні психодіагностики, оцінюванні динаміки стану та прогнозуванні результатів реабілітації.

Отже, цей принцип орієнтує клінічного психолога не лише на опис симптомів, а й на аналіз їх походження, часової структури й еволюції. Розрізнення нозосу й патосу дає змогу побачити, чи є феномен проявом поточного хворобливого процесу, чи результатом попередньої патології, що суттєво впливає на вибір методів психологічного впливу й очікувану динаміку змін у пацієнта.

Принцип «психотичне – непсихотичне» відображає ступінь глибини та вираженості психічного розладу, тобто наскільки порушено контакт особистості з реальністю та здатність до адекватного сприйняття себе і навколишнього світу. Цей критерій має виняткове значення у клінічній психології, оскільки допомагає не лише визначити характер розладу, а й планувати рівень втручання, реабілітації та соціальної підтримки. На відміну від соматичної медицини, де ступінь тяжкості хвороби оцінюється переважно за фізичними параметрами — рівнем ураження органів, прогнозом летального наслідку чи ризиком інвалідизації, — у психіатрії важливим є психосоціальний аспект. Тут важкість визначається тим, наскільки порушено усвідомлення, поведінковий контроль, здатність до адаптації та соціального функціонування.

Психотичний рівень. Психотичні розлади характеризуються глибокими порушеннями психічної діяльності, коли людина втрачає зв'язок із реальністю. У пацієнта спостерігаються галюцинації, маячні ідеї, грубі порушення мислення, афективні коливання, відсутність критики до власного стану. Такі стани, як правило, потребують клінічного лікування, нерідко — госпіталізації, і можуть становити небезпеку для самого пацієнта або оточення. *Приклади психотичних розладів:*

- Шизофренія.
- Маніакально-депресивний психоз у гострій фазі.
- Психотичні епізоди при інтоксикаціях або травмах головного мозку.

Непсихотичний рівень. Непсихотичні розлади (невротичні, тривожні, адаптаційні, соматоформні тощо) не супроводжуються втратою контакту з реальністю. Людина зберігає самоконтроль, усвідомлює свій стан, критично оцінює переживання, але страждає від підвищеної тривожності, нав'язливих думок, емоційного виснаження або труднощів адаптації. Такі порушення частіше піддаються психотерапевтичній корекції та не вимагають обов'язкової госпіталізації.

Приклади непсихотичних розладів:

- Генералізований тривожний розлад.
- Обсесивно-компульсивний розлад.
- Депресивний невроз.
- Фобічні реакції.

Принцип-альтернатива «екзогенне – ендогенне – психогенне» посідає важливе місце у клінічній психології та психіатрії, оскільки допомагає зрозуміти, звідки походить психічне порушення і які механізми лежать в його основі. Це не просто класифікація, а спосіб мислення, який дозволяє фахівцю аналізувати причинно-наслідкові зв'язки між зовнішніми подіями, біологічними факторами й психологічними переживаннями людини. В основі цього принципу лежить постулат, що будь-який психічний розлад має свою етіопатогенетичну (причинно-механізмову) основу, яку можна дослідити й верифікувати. Саме тому фахівець, аналізуючи стан пацієнта, завжди намагається з'ясувати: чи викликані зміни у психіці наслідками органічного ураження мозку, внутрішніми біологічними процесами, чи психологічною травмою.

Екзогенний тип психічного реагування пов'язаний із зовнішніми впливами, які безпосередньо пошкоджують мозок або нервову систему. Це можуть бути черепно-мозкові травми, пухлини, судинні чи інфекційні ураження, інтоксикації, гіпоксія, а також фізичні наслідки тривалого стресу. Такі стани часто мають чітку соматичну причину, тому для психолога важливо співпрацювати з лікарями-неврологами й психіатрами, щоб оцінити ступінь ураження й можливість відновлення функцій.

Ендогенний тип розладів зумовлений внутрішніми, біологічними або генетичними факторами, які формують схильність до певних патологічних реакцій. Це може бути порушення нейротімічної

рівноваги, спадкова схильність до афективних або шизофренічних розладів, гормональні зміни, або вроджені аномалії розвитку нервової системи. Для таких станів характерна циклічність, спонтанність виникнення та незалежність від зовнішніх обставин.

Натомість психогенний тип охоплює психічні реакції, викликані психологічними травмами, фрустрацією, конфліктами чи тривалим емоційним напруженням. Прикладом може бути розвиток тривожного чи депресивного розладу після втрати близької людини, пережитого насильства або воєнних подій. У цьому випадку саме психологічний зміст переживань виступає провідним чинником, а не органічне чи біологічне ураження.

Таким чином, екзогенне – ендогенне – психогенне є причинною (етіологічною) альтернативою, яка допомагає визначити першопричину психічного порушення. У практиці часто трапляються змішані типи, коли зовнішня подія (екзогенна травма) взаємодіє з внутрішньою схильністю (ендогенний чинник) та викликає глибоку психологічну кризу (психогенний компонент).

Принцип-альтернатива «дефект – одужання – хроніфікація» є одним із ключових у клінічній психології та психіатрії, оскільки дозволяє оцінити динаміку перебігу психічного захворювання і передбачити його можливі наслідки після зникнення гострих симптомів. Він допомагає зрозуміти, як розвивається стан пацієнта — чи наближається він до повного відновлення, чи формується стійке порушення, або ж хвороба набуває хронічного характеру.

Згідно з цим принципом, будь-який патологічний процес може мати три варіанти завершення:

Дефект — це стійкі залишкові зміни психіки, особистості або поведінки після перенесеного захворювання. Вони можуть проявлятися у вигляді емоційної сплосченості, зниження критики, когнітивних дефіцитів або змін особистісної структури. У соматичній медицині аналогом є невідновлені функції після інсульту чи травми. У психологічному аспекті — це стійке порушення, що обмежує адаптаційні можливості людини.

Одужання означає повне або майже повне відновлення психічного функціонування, коли людина повертається до свого попереднього рівня активності, емоційної стабільності й соціальної ефективності. Одужання може бути як спонтанним, так і результатом комплексного лікування, реабілітації та психологічної підтримки.

Хроніфікація — це перехід гострого процесу у тривалий або безперервний стан, коли симптоми не зникають повністю, а стають хронічними. Вона часто спостерігається при шизофренічних, афективних чи невротичних розладах, коли періоди ремісії чергуються з рецидивами.

З практичного погляду цей принцип допомагає прогнозувати перебіг хвороби та визначати цілі терапії. Наприклад, при глибоких психічних розладах завдання лікаря й психолога полягає не лише у знятті симптомів, а й у мінімізації ризику дефекту та запобіганні хроніфікації, забезпечуючи максимально можливе відновлення адаптивних функцій.

Принципи-альтернативи «адаптація – дезадаптація» та «компенсація – декомпенсація» належать до фундаментальних у клінічній психології, адже дозволяють оцінювати не лише перебіг психічного розладу, а й ступінь соціально-психологічного функціонування особистості. Вони показують, наскільки людина здатна справлятися з наслідками хвороби, підтримувати активність і взаємодіяти із зовнішнім середовищем, незважаючи на наявні порушення.

Принцип “адаптація – дезадаптація”.

Адаптація — це процес активного або пасивного пристосування людини до умов життя, які змінюються внаслідок хвороби, психічних порушень або зовнішніх обставин. Вона відображає здатність особистості зберігати внутрішню рівновагу, контролювати емоційні реакції, підтримувати соціальні контакти та ефективно виконувати життєві ролі.

У контексті психічних розладів адаптація не означає повного одужання — це радше досягнення гармонії між особистістю та її порушеннями. Людина усвідомлює свої обмеження, приймає їх і навчається з ними жити, зберігаючи функціональність. Наприклад, пацієнт із хронічним психічним розладом може успішно працювати, підтримувати родину, соціальні контакти, хоча внутрішньо відчуває симптоми (наприклад, галюцинації або тривогу).

Дезадаптація, навпаки, — це порушення здатності до пристосування, коли людина втрачає можливість адекватно реагувати на вимоги середовища, втручається у соціальні зв'язки або професійну діяльність. Вона проявляється ізоляцією, агресивністю, тривожністю, невпевненістю, а у

важких випадках — повною соціальною дезінтеграцією. З позиції клінічної психології дезадаптація є одним з основних показників глибини патологічного процесу.

Принцип “компенсація – декомпенсація”.

Компенсація — це активний процес відновлення або заміщення порушених психічних функцій за рахунок інших можливостей особистості. Вона може мати як психологічний, так і біологічний рівень. Наприклад, людина з когнітивним дефіцитом може розвинути чудову пам'ять на емоційні образи або покращити соціальні навички, щоб успішно функціонувати попри інтелектуальні обмеження.

Компенсація передбачає не примирення з хворобою, а пошук нових шляхів реалізації, пристосування через активність і саморозвиток. Це свідомий або несвідомий процес, який сприяє стабілізації особистості та мінімізації проявів розладу. Прикладом є людина з інвалідністю, яка завдяки волі та мотивації досягає високих результатів у професії або спорті.

Декомпенсація, у свою чергу, означає втрату рівноваги, коли компенсаторні механізми виснажуються і психічна система перестає справлятися з навантаженням. Це може призводити до появи симптомів, регресу поведінки, емоційної нестабільності або рецидиву хвороби. У психіатричній практиці декомпенсація часто сигналізує про необхідність корекції лікування або психотерапевтичної підтримки.

Співвідношення принципів. Хоча адаптація і компенсація близькі за змістом, між ними є суттєва різниця. Адаптація — це радше пристосування до існуючого стану, певне “примирення” з ним, тоді як компенсація — це активне подолання наслідків порушення через формування нових навичок або механізмів поведінки.

У клінічній практиці обидва принципи використовуються для оцінювання психічного стану пацієнта та вибору індивідуальної стратегії терапії. Визначення рівня адаптації допомагає оцінити соціальне функціонування, тоді як ступінь компенсації відображає потенціал особистості до відновлення.

Отже, принципи “адаптація – дезадаптація” і “компенсація – декомпенсація” дають змогу не лише описати психічний стан пацієнта, а й побачити його динаміку, резерви та перспективи реабілітації.

Принцип-альтернатива «*негативне – позитивне*» дозволяє оцінити структуру психопатологічних проявів і зрозуміти, які саме зміни відбуваються у психіці хворого: чи йдеться про появу нових патологічних феноменів, чи про втрату наявних функцій. Цей підхід дає можливість розмежувати активний хворобливий процес, стадію хроніфікації або стійкий дефект психіки. Завдяки такій класифікації психологи й психіатри точніше визначають динаміку захворювання, ефективність терапії та можливість соціальної реабілітації.

Позитивні (продуктивні) симптоми. До позитивних симптомів належать ті, що “додаються” до нормальної психічної діяльності, тобто є надмірним або спотвореним проявом психіки. Вони не існували в структурі особистості до початку захворювання, тому є результатом патологічного процесу.

Позитивні симптоми часто мають яскраві клінічні прояви, привертають увагу оточення і зазвичай є причиною звернення за медичною допомогою.

Приклади позитивних симптомів:

Маячні ідеї — хибні переконання, що не піддаються логічному спростуванню (наприклад, переконаність у переслідуванні).

Галюцинації — сприйняття без реального подразника (слухові, зорові, тактильні).

Психомоторне збудження — надмірна рухова активність, неспокій.

Нав'язливості — повторювані дії або думки, які неможливо контролювати.

Позитивні симптоми — це своєрідна “надбудова” над здоровою психікою, тобто патологічні явища, що приєднуються до звичних психічних процесів. Вони свідчать про активність хворобливого процесу, але в деяких випадках піддаються лікуванню і можуть зникнути після терапії.

Негативні (дефіцитарні) симптоми. Негативні симптоми, навпаки, — це “втрата” або “обкрадання” психічних функцій, які раніше були притаманні людині. У цьому разі патологічний процес не створює нічого нового, а руйнує вже сформовані риси особистості, інтелекту, емоцій чи волі. Такі симптоми свідчать про глибокі структурні зміни психіки і часто є показником хронічного

або резидуального (залишкового) перебігу захворювання. Вони формують психічний дефект, який може бути частково компенсований, але рідко повністю зникає.

Приклади негативних симптомів:

Апатія — втрата емоційної реактивності, байдужість.

Абулія — зниження або втрата вольових імпульсів, безініціативність.

Аутизм — відчуження від соціуму, занурення у внутрішній світ.

Амнестичні розлади — порушення пам'яті.

Деменція — інтелектуальне зниження, спрощення мислення.

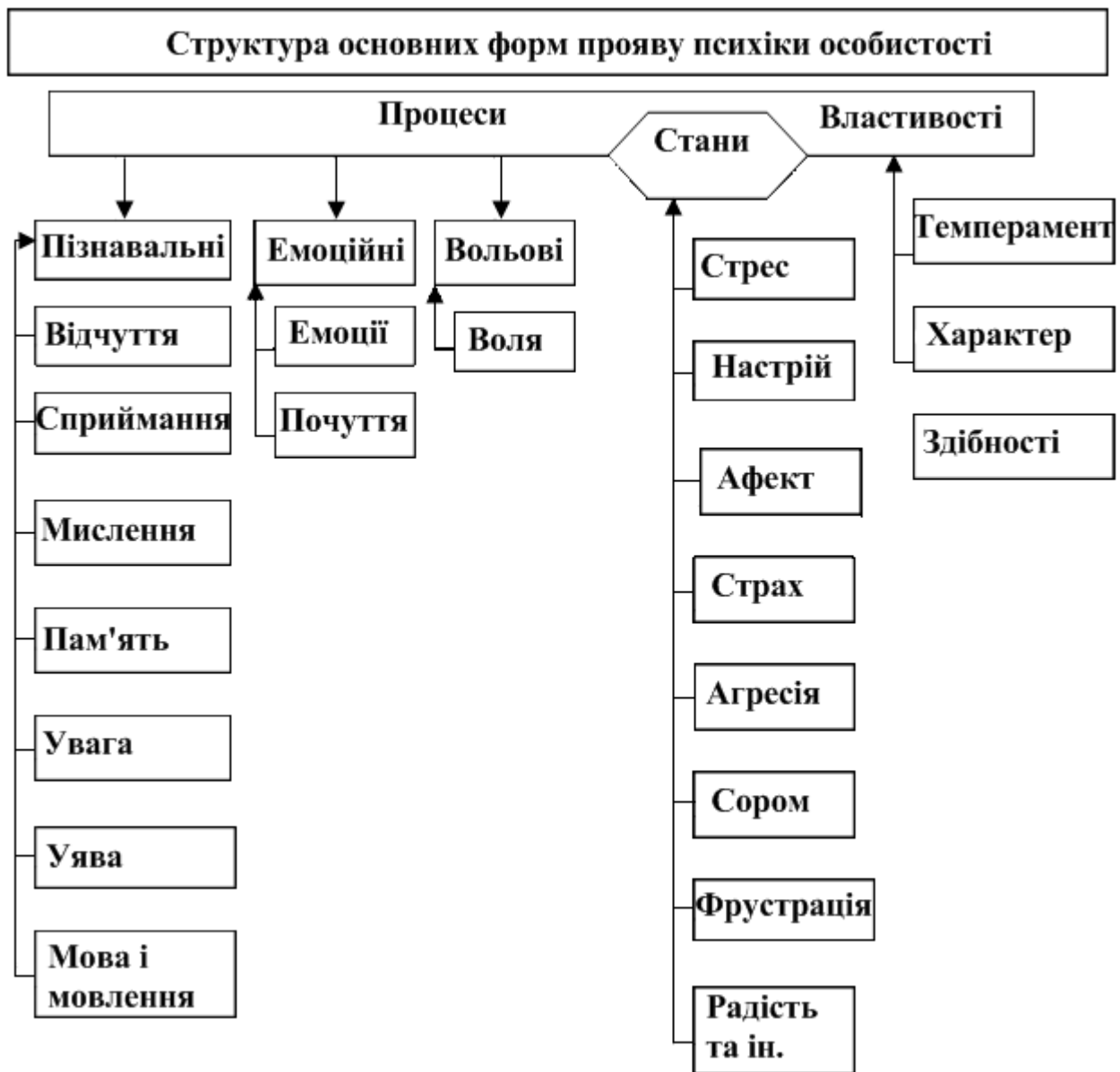
У практиці медичного психолога та психіатра розмежування позитивних і негативних симптомів має важливе діагностичне і прогностичне значення. Переважання позитивних симптомів вказує на активну фазу хвороби, коли йдеться про гострий процес, що піддається лікуванню (наприклад, шизофренічний епізод із галюцинаціями). Домінування негативних симптомів свідчить про результат хвороби — формування дефекту або хронічного стану, який складніше піддається корекції. Таким чином, принцип “негативне – позитивне” дозволяє встановити глибину та стадію патологічного процесу, визначити напрям психотерапевтичного та реабілітаційного втручання.

На основі наведених законів і принципів можна стверджувати, що процес розмежування психологічних феноменів від психопатологічних симптомів (діагностика) в медичній психології та психіатрії будується не на суб'єктивній основі, коли вважається, що “кожну людину можна визнати психічно хворою, просто потрібно її привести на прийом до психіатра”, а ґрунтується на строго об'єктивних наукових критеріях, що дають можливість при їх коректному, вмілому і професійному використанні пізнати істину.

4. Порушення відчуттів, сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту, емоцій, вольових процесів. Психічні процеси — це фундаментальна основа діяльності людини, яка забезпечує її сприйняття світу. Серед психічних процесів прийнято виділяти відчуття, сприйняття, уявлення, пам'ять, мислення, увагу, мову, емоції і волю. Вони тісно пов'язані між собою в один цілісний процес, забезпечуючи ефективність людської діяльності. У нормі вони формують цілісну картину реальності та дозволяють людині адаптуватися до середовища. Однак унаслідок різних причин — органічних уражень мозку, психічних захворювань, стресів чи травм — можуть виникати порушення сприйняття, відчуттів, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій та вольових процесів.

Розгляд цих порушень є важливим завданням медичної психології, оскільки дозволяє не лише описати симптоматику, а й виявити механізми її виникнення, а відтак — обрати ефективні шляхи корекції чи лікування.

Структура основних форм прояву психіки особистості. Складовими структури основних форм прояву психіки особистості є психічні процеси, стани та властивості (Рис.1)



Пізнавальний процес – психічний процес, за допомогою якого людина пізнає світ.

Пізнавальна діяльність – це процес відображення в мозку людини предметів та явищ дійсності. Вона складається із серії пізнавальних психічних процесів: відчуття, сприймання, уваги, пам'яті, уяви, мислення і мовлення. Відображення реальності в людській свідомості може відбуватися на рівні чуттєвого та абстрактного пізнання. Чуттєве пізнання характеризується тим, що предмети і явища об'єктивного світу безпосередньо діють на органи чуття людини – її зір, слух, нюх, тактильні та інші аналізатори і відображаються у мозку. До цієї форми пізнання дійсності належать пізнавальні психічні процеси відчуття та сприймання.

Вищою формою пізнання людиною є абстрактне пізнання, що відбувається за участю процесів мислення та уяви. У розвиненому вигляді ці пізнавальні процеси властиві тільки людині, яка має свідомість і виявляє психічну активність у діяльності. Істотною особливістю мислення та уяви є опосередкований характер відображення ними дійсності, зумовлений використанням раніше здобутих знань, досвіду, міркуваннями, побудовою гіпотез тощо. Об'єктом пізнання у процесах мислення та уяви є внутрішні, безпосередньо не дані у відчуттях об'єкти, закономірності явищ та процесів.

Важливу роль у пізнавальній діяльності людини відіграє пам'ять, яка своєрідно відображає, фіксує й відтворює те, що відбувається у свідомості у процесі пізнання.

Важливою характеристикою пізнавальної діяльності є емоційні та вольові процеси, які спонукають особистість до активних дій, вольових актів.

Пізнання предметів та явищ об'єктивної дійсності, психічного життя людини здійснюється всіма пізнавальними процесами. Підґрунтям розумового пізнання світу, яким би складним воно не було, є чуттєве пізнання. Разом з тим сприймання, запам'ятовування, відтворення та інші процеси

неможливі без розумової діяльності, переживань та вольових прагнень. Але кожний з цих процесів має певні закономірності й постає у психічній діяльності або як провідний, або як допоміжний.

Пізнання відбувається на чуттєвому та абстрактному рівнях.

При чуттєвому пізнанні предмети і явища об'єктивного світу безпосередньо діють на органи чуттів людини – її зір, слух, нюх, тактильні, смакові та інші аналізатори і відображаються в мозку. До цієї форми пізнання належать пізнавальні психічні процеси відчуття і сприймання. Відчуття і сприймання несуть інформацію про зовнішні ознаки та властивості об'єктів, утворюючи чуттєвий досвід людини.

Абстрактне пізнання як вища форма пізнання людиною дійсності відбувається за участю процесів мислення та уяви. У розвиненому вигляді ці процеси властиві тільки людині, яка має свідомість.

Відчуття – пізнавальний психічний процес відображення в мозку людини окремих властивостей предметів і явищ при їхній безпосередній дії на її органи чуттів. Існують також інтерорецептивні відчуття, які є такими, що йдуть від внутрішніх органів.

Це найпростіша пізнавальна діяльність, через яку і тварина, і людина отримують елементарні відомості про зовнішнє середовище і стани свого організму. Це відчуття світла, кольору, запаху, смаку, дотику, шуму, вібрації, рівності або шорсткості, вологості, тепла чи холоду, болю, розташування тіла в просторі тощо. Це елементарний чуттєвий (сенсорний) образ. Але це й ґрунт, на якому будується образ світу, чуттєва тканина свідомості індивіда. Втрата здатності відчувати – це втрата каналів зв'язку людини зі світом, про що переконливо свідчать випадки сліпоглухонімоти, та експерименти, в яких людина ізольовується від зовнішніх стимулів середовища.

Відчуття – це первинна форма орієнтування живого організму в довкіллі, це перший рівень (ступінь) пізнання людиною світу. За допомогою аналізаторів вона відбирає, накопичує інформацію про суб'єктивну та об'єктивну реальність. Органи чуттів або аналізатори – це єдині канали, по яких зовнішній світ проникає в свідомість людини.

Аналізатори – це нервовий апарат, який здійснює функцію аналізу і синтезу подразників, що зумовлені впливом внутрішнього та зовнішнього середовищ на людину.

Зоровий аналізатор виокремлює світлову енергію і коливання електромагнітних хвиль; слуховий – звуки, тобто коливання повітря; смаковий, нюховий – хімічні властивості речовин; шкірні аналізатори – теплові, механічні властивості предметів і явищ, що спричиняють ті чи інші відчуття і перетворюють їх у нервові процеси, суб'єктивні образи, власне – у відчуття.

У кожному аналізаторі є його периферійна частина, або рецептор, тобто складова органу чуття, призначення якої – виокремити з навколишньої дійсності світло, звук, запах та інші властивості. Інша його частина – це шлях від рецептора до центральної частини аналізатора, розміщеної в мозку. В центральній частині аналізатора розрізняють його ядро, тобто скупчення чутливих клітин, і розсіяні поза ним клітини. Ядро аналізатора здійснює тонкий аналіз і синтез збуджень, що надходять від рецептора. За його допомогою подразники диференціюються за їх особливостями, якістю та інтенсивністю. Розсіяні клітини здійснюють більш грубий аналіз, наприклад, відрізняють лише музичні звуки від шумів, виконують нечітке розрізнення кольорів, запахів.

Класифікація відчуттів: зорові, слухові, дотикові, больові, температурні, смакові, нюхові, голоду і спраги, кінетичні і статичні.

Тактильна, температурна і больова чутливості – функція органів, розташованих у шкірі.

Статичні, або гравітаційні, відчуття відображають розташування нашого тіла в просторі – лежання, стояння, сидіння, рівновагу, падіння. Рецептори цих відчуттів містяться у вестибулярному апараті внутрішнього вуха.

Кінетичні відчуття відображають рухи та стани окремих частин тіла – рук, ніг, голови, корпусу. Рецепторами є спеціальні органи, розташовані у м'язах і сухожиллях. Кінетичні відчуття, даючи знання про силу, швидкість, міру рухів, сприяють координації дій. Але людина, пізнаючи довкілля, одержує не лише інформацію про певні властивості і якості об'єктів через відчуття, а й відомості про самі ці об'єкти та явища як цілісні утворення.

Порушення відчуттів. Порушення відчуттів – це відхилення від нормального сприйняття дійсності, які включають як зменшення або втрату чутливості, так і її посилення або появу неперіодичних відчуттів.

До порушень відчуттів відносяться:

1. Анестезія – втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.

2. Гіпестезія – зниження здатності відчувати різні види подразнень (наприклад, слабше відчуття дотику, болю). Оточуючі предмети втрачають яскравість і чіткість, стають одноманітними, невизначеними. Звуки втрачають інтенсивність і виразність, кольори не мають відтінків. Наприклад, хворий на шизофренію міг дивитися на яскраве сонце незахищеними очима.

3. Гіперестезія – підвищення здатності відчувати різні види подразнень (звичайні подразники відчуються як дуже сильні), світло, звуки, запахи, дотики - здаються надмірно інтенсивними. При сонячному опіку навіть легкий дотик викликає сильний біль. При мігрені гучні звуки чи яскраве світло сприймаються надмірно болісно

4. Парестезії – проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін. без видимого фізичного подразнення. Можуть виникати в різних частинах тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною.

5. Сенестопатії – різноманітні поліморфні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи. Сенестопатії – це болісні, дивні, незвичні тілесні відчуття, які не мають реального фізіологічного пояснення (не зумовлені хворобами органів чи тканин). Сенестопатії можуть проявлятися як незвичайні відчуття тиску, печіння, холоду або здавлювання в різних частинах тіла, часто є стійкими, настирливими та важко описуються пацієнтом, який вдається до образних порівнянь. Сенестопатії є частим симптомом психічних розладів, наприклад, шизофренії чи іпохондричного синдрому, і потребують консультації психіатра або психотерапевта. Приклади сенестопатій:

«У мене пече мозок зсередини».

«В грудях ворушиться якась тваринка».

«Ніби струм пробігає всім тілом».

«Печінка перекручується, ніби ганчірка».

«Всередині черепа крутиться колесо».

Причини порушень відчуттів можуть бути різноманітними та включають фізичні (травми, хвороби, інтоксикації), психічні (стрес, тривога, депресія) та фізіологічні (перевтома, голодування, недосипання) фактори.

Порушення сприйняття. Цілісне відображення людиною об'єктів та явищ є іншим рівнем єдиного процесу чуттєвого пізнання – сприйняття.

Сприйняття – це психічний процес відображення людиною предметів і явищ у цілому, в сукупності всіх якостей і властивостей при безпосередньому їхньому впливі на органи чуттів.

Процес сприйняття відбувається у взаємозв'язку з іншими психічними процесами особистості: мисленням (ми усвідомлюємо об'єкт сприймання), мовою (називаємо його словом), почуттями (виявляємо своє ставлення до нього), волею (свідомим зусиллям організовуємо перцептивну діяльність).

Сприйняття розрізняють за: сенсорними особливостями (зорові, слухові, нюхові, дотикові, смакові, кінетичні, больові); ставленням до психічного життя (інтелектуальні, емоційні, естетичні); складністю сприймання (сприймання простору, руху, часу).

Сприйняття за змістом – це сприймання предметів і явищ у просторі, русі, часі.

Головні властивості сприйняття – предметність, цілісність, структурність, константність.

Без сприйняття неможливе пізнання навколишнього світу, регуляція і контроль поведінки.

Порушення відчуттів і сприйняття не обов'язково свідчать про психічне захворювання. Вони можуть з'являтися й у здорових людей, якщо навколо занадто багато подразників — тобто середовище перевантажене звуками, світлом, інформацією. Такий стан називають «*зашумленістю*» зовнішнього фону сприйняття. Також при перевтомі.

Із специфічних і патологічних змін сприймання виділяють такі:

Ілюзії – викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого. Подразник існує, але людина сприймає його неправильно.

Ілюзії класифікують за органами чуття – зорові, слухові, тактильні та інші.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; різкий шум за дверима – як дзвінок у двері).

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії – запаху.

Часто трапляються дотикові ілюзії, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних). Дотик тканини здається укусом. Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості.

Залежно від основних причин, що лежать в основі спотворення сприйняття, всі ілюзії також можна поділити на *фізичні, фізіологічні та психічні*.

Фізичні ілюзії пояснюються об'єктивними фізичними законами і не залежать від самої людини. Прикладом фізичної ілюзії, яку можна зафіксувати навіть фотоапаратом, може бути сприйняття ложки в склянці води. Ложка здається зламаною через різне заломлююче світло, властивості води та повітря.

Фізіологічні ілюзії знаходять своє пояснення в особливості устрою та діяльності наших органів чуття. Наприклад, спробуйте натиснути збоку на очне яблуко, і негайно предмет, на який ви дивитесь, роздвоїться. Роздвоєння предмета виникає через збільшення диспаратності його зображення на рогівках очей. Інший приклад ілюзії цього типу ми знаходимо в Аристотеля: перехрестить два пальці та почніть катати між ними невелику кульку, і вона буде здаватися подвійною. Коли предмет спочатку стикається з вказівним пальцем, а потім із середнім пальцем, обидва зіткнення відбуваються в різних звичних для нас точках простору. Дотик до вказівного пальця здається вище, хоча палець насправді знаходиться нижче; дотик до середнього – нижче, хоча палець у дійсності вище.

Психічні ілюзії пов'язані як з різними психічними станами людини, так і з деякими психологічними особливостями нашого сприйняття. Під час захворювань психічні ілюзії спостерігаються найчастіше під час розладів свідомості, під час збуджень (екзальтація, екстаз) у маніакальних хворих або станах страху та тривоги під час депресій. Ілюзії в цих станах майже не коригуються, і хворий схильний вважати ці помилки сприйняття реальністю.

Вербальні ілюзії, коли хворий замість нейтральної мови чує в свою адресу лайку, погрози та образи, часто трапляються на ранніх етапах виникнення слухових вербальних галюцинацій під час деяких психозів. Вони відрізняються від так званих функціональних слухових галюцинацій тим, що під час ілюзій образ, що виникли, поглинає образ реального предмета (хворий «чує замість...»), під час галюцинацій – патологічний образ із реальним не зливається («чує разом з...»). У здорових на тлі різних психічних станів (чекання, тривога чи страх) також часто виникають психічні ілюзії. Наприклад, входячи до кімнати, людина може злякатися неочікуваної постаті біля вікна, але відразу заспокоїться, тому що зрозуміє – її злякали пальто та капелюх, що були на вішалці. І якщо серед перехожих у місті ми помилково бачимо людину, про яку думаємо, то мова теж йде про психічні ілюзії.

Варто пам'ятати: ілюзія $\neq$ галюцинація. При ілюзії є реальний об'єкт, але він сприймається неправильно. При галюцинації об'єкта взагалі немає, а людина його «бачить» чи «чує».

Галюцинації – це розлади сприйняття, коли людина внаслідок порушень психічної діяльності бачить, чує, відчуває те, чого в дійсності не існує, інакше кажучи – це «уявне, помилкове сприйняття». Галюцинації можуть виникати за психічних захворювань, а також у здорових людей в експериментах із сенсорною ізоляцією або під час застосування деяких препаратів (галюциногенів); галюцинації також можна викликати в людини, яка перебуває в глибокому гіпнотичному сні. Галюцинації зазвичай класифікують за органами чуття: зорові, слухові, нюхові та інші. Крім того, галюцинації поділяють на справжні та помилкові (псевдогалюцинації).

Справжні галюцинації характеризуються чуттєвою ясністю, вони розгортаються в реальному просторі того чи іншого аналізатора, тобто хворі насправді бачать людей, з якими можуть спілкуватись або бачать певні об'єкти, чують звуки, тощо. Поведінка хворих зазвичай відповідає змісту галюцинаторних переживань, і вони переконані, що всі люди навкруги також бачать і чують їхні галюцинаторні образи.

Псевдогалюцинації відрізняються від істинних галюцинацій тим, що за них немає повної чуттєво-тілесної ясності образів, і це зближує їх з уявленнями. Хворі говорять про видиме та чутне,

додаючи «ніби», хоча вони при цьому наполягають на реальності своїх галюцинацій. Псевдогалюцинаторний образ розгортається в уявному, а точніше – інтрапсихічному (суб'єктивному) просторі того чи іншого аналізатора, тому хворі можуть повідомляти про можливість «бачити» за лінію горизонту або через непрозорі перешкоди, а також повідомляють про звуки, що виникають «усередині голови». Псевдогалюцинації свідчать про більш несприятливий перебіг психічного захворювання, часто набувають затяжного та хронічного характеру, супроводжуються порушеннями мислення.

Іноді з групи псевдогалюцинацій окремо виділяють *екстракампінні* галюцинації, які проєктуються поза полем досяжності відповідного аналізатора. Водночас хворі «бачать» позаду себе, за стіною, «чують» за багато сотень кілометрів.

У здорових людей на тлі стомлення або виснаження іноді під час засипання короткочасно виникають зорові або слухові галюцинації, схожі на псевдогалюцинації, які називають гіпнагогічними через близькість їх до сновидінь.

Зорові або слухові галюцинації, що виникають у момент пробудження, називаються гіпнопомпичними. Зорові та слухові галюцинації часто поділяють на прості (фотопсії – сприйняття спалахів світла, зірочок, іскор; акозми – сприйняття звуків, шуму, тріскотіння, свисту, плачу) та складні (вербальні – сприйняття членороздільної мови).

Галюцинації, що виникають унаслідок психічної травматизації, називають психогенними. Вони поділяються на такі різновиди:

- домінантні (слухові та зорові) з психологічно зрозумілим змістом, що відображає психічну травму, і є емоційно насиченими;
- ейдетичні (частіше слухові), які відтворюються за типом кліше (наприклад, постійне галюцинаторне відтворення похоронної музики);
- галюцинації уяви Дюпре, де фабула впливає з істероїдних мрій і фантазії;
- індуковані галюцинації виникають за типом взаємного навіювання та самонавіювання на тлі емоційної напруги;
- навіяні галюцинації: симптом Рейхардта (навіяне читання за чистим аркушем паперу), симптом Ашаффенбурга (навіяна уявна розмова за відімкненим телефоном), симптом Липмана (навіяні зорові галюцинації після десятисекундного натискання на очні яблука) тощо.

Агнозії – це порушення різних видів сприйняття під час збереження елементарних відчуттів і свідомості. Виникає під час ураження вторинних (проєкційно-асоціативних) ділянок кори головного мозку, відповідальних за аналіз і синтез інформації, що призводить до порушення процесу розпізнавання певної серії пропонованих стимулів і, як наслідок, до порушення їх сприйняття. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), є результатом органічних уражень тім'яно-потиличних зон:

- правої півкулі – розлади впізнавання зорових образів (невпізнання людей),
- лівої півкулі – розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів.

Розрізняють кілька видів агнозії:

- оптична(візуальна) агнозія — хворий бачить предмети, але не впізнає їх;
- акустична агнозія — втрата здатності впізнавати предмети за характерними для них звуками;
- тактильна агнозія — предмет не впізнається при обмацуванні його;
- автопагнозія — невпізнавання частин власного тіла та ін.

Наприклад, при пошкодженнях зорових зон окремі елементи зорової структури сприймаються досить чітко, але синтез цих елементів в єдине ціле порушений. Отже, порушений процес пізнавання об'єкта і його зображення. Однак при цьому збереженими залишаються спрямованість і осмисленість перцептивної діяльності. Такі пацієнти зберігають завдання розібратися в значенні сприйнятих фрагментів і здатні компенсувати дефекти за допомогою міркувань. Вони активно шукають рішення, висловлюють гіпотези, зв'язують їх з реально сприйнятими елементами тощо, відносять до певних систем, категорій.

При цьому сприйняття часто стає надмірно узагальненим, позбавляється своєї конкретності («це якийсь прилад», «це якась тварина»). Такі хворі точно описують конфігурацію предмета (картка

із зображенням гриба: «нагорі шапочка, внизу паличка, що це таке – не знаю»). Вони можуть точно скопіювати його, але це не полегшує впізнавання.

Потрібно розрізняти істинні агнозії та псевдоagnoзії. Псевдоagnoзії мають додатковий елемент, якого немає в агнозіях: дифузне, недиференційоване сприйняття ознак. Псевдоagnoзії виникають під час серйозних інтелектуальних порушень – деменцій. Справа в тому, що під час зменшення впливу організуючої функції мислення сприйняття стає розосередженим: неістотні ознаки предметів можуть переходити в центр уваги, що призводить до неправильного впізнавання. Такі хворі неправильно розуміють сюжетні картинки. Б. В. Зейгарник наводить такий приклад. При огляді картинки, на якій намальований селянин, що стоїть із задумливим виглядом біля возу, у якого відскочило колесо, хворий говорить: «Ось колесо, а це чоловік стоїть», показуючи на коня. «А це птах якийсь». Експериментатор: «Це ж кінь». Хворий: «На коня мало схоже». В даному прикладі увага до несуттєвого, що не відкоректоване мисленням, призводить до неправильного впізнавання. Кінь сприймається як птах через вуха, що стирчать. Але факт, що він запряжений у віз, ігнорується. Під час псевдоagnoзій також страждає ортоскопічність: перевернуті предмети не сприймаються, тоді як показані в прямій експозиції – впізнаються.

Помилки сприйняття можуть бути пов'язані і з порушенням підконтрольності, неможливістю зіставлення окремих фрагментів цілого, зв'язання своїх дій з передбачуваним результатом, відсутністю корекції, що особливо яскраво виявляється у хворих з «лобовим» синдромом. У таких хворих можна виявити значні труднощі розуміння серій сюжетних картинок при доступності опису окремих картинок. Б. В. Зейгарник наводить приклад, як одному хворому з ураженням лобових часток мозку була пред'явлена серія з п'яти картинок, які послідовно зображують «погоню вовка за хлопчиком по сніговій галявині в лісі». На одній з картинок зображений хлопчик, що сидить на дереві, навколо якого розташувалися вовки. «Ти ба, бешкетник, вліз на дерево, за яблуками чи що», – каже хворий, тільки-но глянувши на цю картинку. Після наполегливого прохання експериментатора – подивитися уважніше – хворий правильно описує її зміст.

Агнозія може бути результатом ішемічного інсульту, деменції або інших неврологічних розладів. Розлад також може бути спричинений травмою голови, інфекцією головного мозку або бути спадковим. Крім того, деякі форми агнозії можуть бути результатом порушень розвитку. Пошкодження, що викликає агнозію, зазвичай відбувається або в потиличній, або в тім'яній частках мозку. Хоча одна функція може бути порушена, когнітивні здібності в інших сферах зберігаються.

До особливих форм агнозій відносять дереалізацію та розлади «схеми тіла». Дереалізація – порушення сенсорного синтезу інформації, що надходить із зовнішнього світу. В кінцевому підсумку довкілля втрачає свою чуттєву реальність – його сприйняття спотворюється. Наприклад, людина може втратити сприйняття либини простору, й тоді довкілля сприймається їй як двовимірне зображення. Спотворення сприйняття можуть стосуватися також певних ознак предмета – форми (метаморфопсія), величини (збільшення – макропсія, зменшення – мікропсія) тощо. Під час поропсії порушується оцінювання відстані – людині здається, що предмети розміщені далі, ніж вони є в дійсності; під час дисмегалопсії розлад сприйняття стосується подовження, розширення, скошеності або перекрученості навколо осі оточуючих предметів.

Близькими до дереалізації є розлади (деперсоналізація), коли звичайна, знайома обстановка сприймається абсолютно новою (феномен «ніколи не баченого», або, навпаки, нова обстановка (місцевість, вулиця, будинок) сприймається добре знайомою та відомою (феномен «уже баченого»). Різновид деперсоналізації – синдром Аліси в країні чудес – характеризується поєднанням деперсоналізаційних розладів з явищами дереалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості.

Особливо хвилюють хворих спотворення часу – його уповільнення (брадіхронія) або прискорення (тахіхронія), а також втрата емоційних компонентів сприйняття навколишнього – «все застигло, оскляніло», а «світ став подібний до декорації». У хворих майже завжди зберігається критичне ставлення до цих порушень, вони суб'єктивно вкрай неприємні. Розлади «схеми тіла» характеризуються різними симптомами порушень сприйняття власного тіла, своєрідних відчуттів збільшення або зменшення ваги, розмірів усього тіла або його частин (рук, ніг, голови). До розладів схеми тіла належать також порушення сприйняття співвідношення між частинами тіла: хворі говорять

про неправильне положення вух, «перекручення» тіла. Зазначені зміни хворий відчуває лише під час закритих очей, водночас під контролем зору всі неправильні уявлення про своє тіло зникають.

Порушення уваги. Увага – це спрямованість психіки на певні об'єкти або явища, що відповідають потребам суб'єкта, цілям і завданням його діяльності. Увага, що належить до пізнавальних процесів, є умовою їх перебігу, тобто увага – це завжди увага до чого-небудь.

Увага виконує низку таких специфічних функцій:

- відбір значущих, необхідних у даний момент сигналів, які відображають існуючу потребу;
- ігнорування (гальмування, усунення) інших, неістотних на даний момент сигналів;
- концентрація на важливій на даний момент діяльності доти, аж поки намічена мета не буде досягнена;
- регулювання та контроль діяльності, що виконується на даний момент.

Тимчасові порушення уваги часто бувають під час стомлення або під впливом сильних емоцій. Стійкі проблеми з увагою можуть відображати як особистісно-вікові характеристики людини, так і бути наслідком різних захворювань.

Підвищений рівень перемикання мимовільної уваги з низькими можливостями концентрації властивий дітям дошкільного віку, але може виникати також у дорослих на тлі астенії під час різних захворювань або під час перевтоми.

Підвищена концентрація на своїх думках із труднощами перемикання на інші види діяльності спостерігається у тих, хто займається розумовою діяльністю, з іншого боку, такі властивості уваги трапляються також у хворих із нав'язливими та надцінними ідеями.

Слабкість концентрації уваги, що поєднується з труднощами перемикання, є типовою, наприклад, для хронічного кисневого голодування мозку під час церебрального атеросклерозу в літніх людей, але може також виникати в здорових осіб під час стомлення.

Порушення уваги спостерігається за певних локальних уражень головного мозку, астеничних та афективно-емоційних станів, під час різних психічних і соматичних захворювань. Патологічні порушення уваги, які необхідно враховувати в клінічній практиці, проявляються в таких формах, як: неуважність, звуження обсягу, виснаженість та інертність уваги.

Неуважність – це порушення концентрації уваги під час впливу побічних подразників або в процесі перемикання уваги.

Залежно від різних механізмів, що лежать в основі формування неуважності, виділяють декілька її видів:

-неуважність у формі мало контрольованого мимовільного перемикання уваги (спостерігається в ранньому дитинстві, а також у дітей і дорослих під час астеничних станів, неврозів різної етіології, за деяких соматичних розладів, під час фізичної та розумової перевтоми тощо);

-надмірна концентрація за ускладненого перемикання уваги (спостерігається в людей, зосереджених на певній одній справі, наприклад, у науковців або творчих людей, зосереджених на своїх думках, а також за психічних розладів, для яких характерні надцінні та нав'язливі ідеї);

-слабка концентрація за уповільненого перемикання, що обумовлена зниженням рухливості нервових процесів. Для такого стану характерним є не лише дуже слабе зосередження уваги, але ще більш слабка здатність до перемикання (спостерігається в людей похилого віку, під час церебрального атеросклерозу, хронічного алкоголізму, наркоманії, на пізніх стадіях шизофренії).

Звуження обсягу уваги виражається в патологічному зосередженні уваги, обумовленому слабкістю її розподілу. Доросла людина за такої особливості уваги одночасно може сприймати не більше ніж 2–3 одиниць інформації (за норми 5–6 одиниць). Звуження обсягу уваги спостерігається під час пухлин і травматичних уражень головного мозку, невротичних розладів і деяких соматичних захворювань.

Виснаження уваги характеризується прогресувальним зниженням активності уваги в процесі роботи. Проявляється в різкому зниженні якості та темпу виконання завдання. В клініці найчастіше спостерігається під час деяких соматичних захворювань, черепно-мозкових травм і судинних захворювань мозку, неврозів і психозів різної етіології.

Інертність уваги характеризується малорухливістю пізнавальних процесів у цілому, загальмованістю перемикання уваги або її патологічною фіксацією. Спостерігається під час локальних

уражень головного мозку, під час епілепсії, психопатій параноїдального та шизоїдного типу, під час шизофренії.

Порушення пам'яті. Пам'ять — це здатність людини запам'ятовувати, зберігати й відтворювати отриману інформацію. Вона включає такі основні процеси: запам'ятовування, збереження та відтворення. Запам'ятовування — це процес фіксації нової інформації, під час якого вона закріплюється в свідомості. Збереження означає утримання інформації в пам'яті протягом певного часу, іноді з її частковими змінами.

Відтворення полягає в пригадуванні засвоєного матеріалу. Розрізняють мимовільне відтворення, коли раніше засвоєна інформація згадується легко, без свідомих зусиль (наприклад, ви випадково зустріли знайомого і відразу його впізнали), та довільне відтворення, коли людина докладає зусиль, щоб пригадати потрібне (наприклад, студент на іспиті може мати труднощі, намагаючись згадати відповідь).

Окремим процесом пам'яті, який завжди викликає інтерес, є забування. Це неможливість відтворити потрібну інформацію. Забування буває повним або частковим, тривалим або тимчасовим.

При повному забуванні матеріал не лише не відтворюється, але й не впізнається. Часткове забування проявляється тоді, коли людина загалом пам'ятає подію чи матеріал, але відтворює їх із неточностями. Тимчасове забування пов'язане з гальмуванням нервових зв'язків, а тривале — з їх поступовим згасанням. Причини забування можуть бути різними. Одним із головних чинників є час. Механічно вивчена інформація (наприклад, зазубрена) забувається приблизно на 50 % уже через пів години. Якщо ж матеріал засвоювався осмислено, то процес забування відбувається повільніше — близько 50 % інформації зникає лише через три дні.

Винятком є рухові навички, які відзначаються особливою стійкістю: людина, що навчилася кататися на велосипеді в дитинстві, з легкістю згадує цю навичку навіть після багаторічної перерви. Для порівняння — при вивченні іноземної мови без постійної практики знання швидко забуваються.

Забування — природне явище, яке зумовлюється дією різних психофізіологічних і психологічних механізмів. Найчастіше воно відбувається через згасання слідів пам'яті. Ще одним механізмом є інтерференція, тобто взаємне накладання слідів пам'яті. Вона буває проактивною та ретроактивною. Проактивне гальмування — це вплив попередньої інформації на засвоєння нової. Наприклад, коли людина намагається вивчити новий матеріал, але постійно відволікається на спогади про попередні події, що заважає запам'ятовуванню. Ретроактивне гальмування — це вплив діяльності, яка відбувається після процесу навчання і знижує його ефективність. Особливо сильно воно проявляється тоді, коли після засвоєння певного матеріалу виконується схожа за змістом діяльність (наприклад, відразу після уроку англійської почати вивчати французьку — малоефективно).

Ще одним чинником, що впливає на забування, є актуальність інформації. Найчастіше забувається те, що не має значення або не викликає інтересу. Так, студент може погано запам'ятовувати навчальний матеріал, якщо вважає його непотрібним для своєї майбутньої професії.

Також забування може бути пов'язане із захисними механізмами психіки. У цьому випадку людина несвідомо витісняє з пам'яті неприємні чи травмувальні події, щоб зберегти психологічну рівновагу.

Із законів пам'яті виділяють:

-*ефект Зейгарник* – незавершені дії запам'ятовуються краще ніж завершені;

-*криву забування Еббінгауза* – найбільш інтенсивно забування відбувається безпосередньо після заучування, також воно не має лінійної залежності.

Р. Еббінгауз описав низку закономірностей запам'ятовування:

- прості події в житті, що супроводжуються сильними переживаннями, запам'ятовуються швидше, зберігаються міцніше та довше;

- складні, але менш цікаві події (емоційно нейтральні) запам'ятовуються гірше, ніж емоційно значущі;

- кращому запам'ятовуванню та відтворенню сприяє підвищена концентрація уваги та зосередженість на інформації;

- між точністю відтворення та впевненістю в цій точності не завжди існує однозначний зв'язок;

- під час запам'ятовування довгої низки краще всього відтворюється його початок і кінець («ефект краю»);

- для асоціативного зв'язку вражень та їх відтворення важливим є те, чи складають вони логічно пов'язане ціле або являють собою розрізнені елементи;

- дивні, незвичайні враження запам'ятовуються краще, ніж звичні, банальні.

Серед основних закономірностей формування порушень пам'яті найвідомішим є *закон Рібо*, згідно з яким розлади (або втрата) пам'яті, так само як і її відновлення, відбуваються у хронологічній послідовності: спочатку зникають найновіші й найскладніші спогади, а потім — давніші. Відновлення пам'яті, навпаки, проходить у зворотному порядку.

Під час аналізу клінічних розладів пам'яті необхідно враховувати поділ цієї психічної функції на два основні типи — декларативну та процедурну пам'ять.

Декларативна (експліцитна) пам'ять — це довільна пам'ять на події, факти та об'єкти навколишнього світу. Вона пов'язана з медіальними відділами скроневих часток головного мозку.

Процедурна (імпліцитна) пам'ять стосується запам'ятовування дій, навичок і звичок, тобто вивчених способів поведінки. Вона може функціонувати без участі свідомості та волі, і локалізується у сенсорних і моторних зонах мозку.

Порушення пам'яті зазвичай зачіпають саме декларативну, а не процедурну форму. У повсякденному розумінні під терміном «пам'ять» також зазвичай мають на увазі декларативну пам'ять. Ще один важливий аспект, необхідний для розуміння клінічних проявів порушень пам'яті, — це поділ пам'яті за характером інформації, що запам'ятовується.

Розрізняють семантичну та епізодичну (автобіографічну) пам'ять. *Семантична пам'ять* — це збереження основного змісту інформації: загальних понять, характеристик подій чи об'єктів, що дозволяють віднести їх до певної категорії або класу за принципом «частина – ціле». *Епізодична пам'ять* — це така форма пам'яті, у якій інформація утримується разом із супутніми деталями — де, коли і за яких обставин вона була отримана.

У нормі людина краще запам'ятовує семантичну інформацію, тоді як епізодична поступово згасає. У разі порушень пам'яті порушується баланс між процесами закріплення семантичних і епізодичних даних: епізодичні спогади починають переважати або заважають правильному відтворенню основного змісту.

Загалом при розладах пам'яті спостерігається порушення процесів збереження, пошуку та встановлення зв'язків між різними кодами інформації, пов'язаними з подіями чи об'єктами. Оскільки пам'ять тісно взаємодіє з мовленням, мисленням, сприйняттям, емоціями та довільною поведінкою, її порушення можуть мати настільки специфічний характер, що стають важливим діагностичним критерієм при визначенні деяких гострих і хронічних психічних захворювань. Типові зміни пам'яті часто свідчать про наявність процесуальних психічних розладів, різних форм деменції чи інших порушень інтелектуально-мнестичних функцій.

До порушень пам'яті належать амнезії, гіпермнезії, гіпомнезії та парамнезії (до них відносяться конфабуляції, псевдоремінісценції, ехомнезії, криптомнезії). Не всі порушення пам'яті (особливо формальні) свідчать про психічну патологію. Вони можуть виникати і в психічно здорових людей за певних умов — під час перевтоми, сильних емоційних переживань, астеничних станів, спричинених соматичними хворобами. Проте часто розлади пам'яті входять до структури психічного дефекту, який спостерігається при різних психічних захворюваннях і патологічних станах.

Амнезія — це порушення пам'яті, що проявляється у втраті здатності запам'ятовувати, зберігати або відтворювати інформацію. Як видно з визначення, при амнезії можуть бути порушені всі три процеси пам'яті. Якщо страждає процес запам'ятовування, розвивається фіксаційна амнезія, різновидом якої є перфораційна амнезія. Фіксаційна амнезія характеризується нездатністю закріплювати нову інформацію та швидким її забуванням. Перфораційна амнезія проявляється частковим запам'ятовуванням, коли частина інформації випадає. Прикладом є алкогольний палімпсест, тобто втрата спогадів про окремі епізоди періоду сп'яніння.

Залежно від часу подій щодо моменту виникнення розладу, виділяють такі типи амнезії:

- Ретроградна — втрата спогадів про події, що відбулися до початку хвороби або травми (наприклад, після черепно-мозкової травми).
- Антероградна — втрата спогадів про події, які відбувалися після гострого періоду хвороби; спостерігається при ураженнях гіпокампа, хронічних інтоксикаціях і деменціях.

- Антероретроградна — забування подій, що мали місце до, під час і після гострого періоду хвороби; зазвичай пов'язана з тимчасовими порушеннями кровообігу в гіпокампі.

За ураженою функцією пам'яті розрізняють такі форми амнезії:

- Фіксаційна — стосується поточних і недавніх подій;
- Анекфорія — неможливість відтворити інформацію без зовнішньої підказки;
- Прогресивна — спочатку з'являються труднощі в пригадуванні, потім забуваються події, що відбулися нещодавно, далі — більш віддалені, а згодом порушується пам'ять на зміст подій. Характерно, що спочатку зникає складна, систематизована інформація (наприклад, наукові знання), потім — часто повторювані події. Зрештою відбувається розпад практичної пам'яті (пам'яті на дії та навички), що призводить до апраксії.

За характером перебігу амнестичних розладів розрізняють:

- Ретардйну амнезію — коли забування настає через певний час після травмуючого впливу: спочатку інформація зберігається, але згодом зникає;
- Стаціонарну амнезію — стійке порушення пам'яті без суттєвих змін у часі;
- Лабільну (переривчасту) амнезію — коли порушення пам'яті то з'являються, то зникають;
- Регресивну амнезію — форму, при якій можливе часткове відновлення спогадів.

Порушення динаміки пам'ятевих процесів відображають не лише дефект пам'яті як такої, а й свідчать про виснаження психічних ресурсів, зниження стійкості працездатності, що визначається ставленням людини до навколишнього світу, самооцінкою, здатністю контролювати поведінку й спрямовувати власні зусилля.

А і В порушення пам'яті. Амнезії можуть виникати або через втрату вже закодованої інформації в процесі переходу її з короткочасної пам'яті в довготривалу, або внаслідок помилок під час пошуку потрібних відомостей, що зумовлені функціональними гальмуваннями між кодами інформації.

Перший тип розладів пам'яті — втрата інформації — отримав назву «порушення пам'яті типу А» (або *дегенеративні амнезії*). Такі порушення виникають унаслідок травм, інтоксикацій, уражень головного мозку, судинних патологій чи інших органічних змін. При цьому дегенеративні процеси руйнують фізіологічну основу пам'яті. Основна ознака амнезій типу А — втрата збереженої інформації. Їх ще називають «справжніми амнезіями».

У клінічному сенсі для дійсних амнезій характерні такі особливості:

- збережений інтелектуальний рівень;
- нормальне функціонування короткотривалої пам'яті;
- переважно порушується антероградна пам'ять.

Вважається, що при справжніх амнезіях страждає передусім кодування епізодичної (автобіографічної, контекстуальної) інформації, яка доповнює зміст події. Семантична пам'ять формує наше знання про факти й поняття, а епізодична — особисті спогади, пов'язані з цими знаннями. Тому можлива ситуація, коли людина з амнезією здатна засвоювати абстрактні дані або виконувати тестові завдання, але не може згадати власні події життя.

Другий тип — «порушення пам'яті типу В», або *дисоціативні амнезії*, — зумовлений не втратою інформації, а неможливістю її актуалізації. Дані зберігаються в мозку, але доступ до них тимчасово заблокований. Людина часто відчуває, що «щось пам'ятає, але не може згадати точно». Основна ознака такого типу порушень — роз'єднання зв'язків між інформаційними кодами.

До амнезій типу В належать:

- невротичні забування (дисоціації);
- постгіпнотичні амнезії;
- феномен «вже баченого (пережитого)»;
- стани подвійної свідомості.

Оскільки при амнезіях типу В інформація фактично не зникає, а лише недоступна для свідомості, ці стани часто називають парамнезіями. З огляду на те, що безперервність сприйняття є важливою умовою цілісності свідомості, мозок намагається компенсувати розриви між збереженими

спогадами шляхом створення нових зв'язків, які підтримують відчуття неперервності особистої історії та логічності послідовності подій.

Таким чином, порушення типу А (справжні амнезії) зазвичай супроводжують неврологічні ураження, тоді як порушення типу В (парамнезії) характерні для психічних розладів.

Гіпомнезії та гіпермнезії. Порушення пам'яті можуть бути не лише повними, а й частковими. Коли спостерігається зниження здатності запам'ятовувати, говорять про гіпомнезію, а при посиленому запам'ятовуванні — про гіпермнезію. Обидва типи розладів часто мають емоційне підґрунтя: гіпомнезія супроводжує депресивні стани, а гіпермнезія — маніакальні (ейфоричні) епізоди.

Гіпермнезія — це мимовільне покращення пам'яті, коли людина легко відтворює давно минулі, незначні чи неактуальні події. При цьому погіршується запам'ятовування нової інформації, особливо довільної. Підсилюється механічна пам'ять, тоді як логічна та сенсорна послаблюються. Такий стан можливий у змінених формах свідомості — під час гіпнозу, алкогольного чи наркотичного сп'яніння, а також при психічних захворюваннях (наприклад, у деяких формах шизофренії, психопатії, маніакальних або гіпоманіакальних станах).

Гіпомнезія — часткове випадіння спогадів. Людина втрачає здатність повноцінно запам'ятовувати, утримувати й відтворювати інформацію. Найчастіше пригадуються лише яскраві чи значущі події, тоді як дати, імена, цифри, терміни забуваються. Гіпомнезія може бути тимчасовою, періодичною або стійкою. Вона може стосуватися різних видів сприйняття — зорового, слухового тощо. Цей розлад часто входить до структури невротичних і психоорганічних синдромів.

Парамнезії. Парамнезії — це спотворення або вигадкування спогадів, тобто патологічні продукти пам'ятевих процесів.

До них належать:

- *Конфабуляції* — коли замість реальних подій людина відтворює вигадані. Такі спогади можуть стосуватися як недавнього, так і далекого минулого. Вони бувають спонтанними або спричиненими запитаннями співрозмовника (індуковані конфабуляції).
- *Екмнестичні конфабуляції* — це хибні спогади, що відносяться до далекого минулого. Часто спостерігаються у літніх пацієнтів, які втрачають орієнтацію в часі та просторі, не впізнають людей, можуть поводитися неадекватно (наприклад, раптово збиратися «в дорогу»). Такі стани зазвичай тривають кілька годин і посилюються при погіршенні соматичного стану.
- *Фантастичні конфабуляції* — спогади нереального, фантастичного змісту, не пов'язані з амнезією. Людина може уявляти себе видатним діячем, героєм, власником величезних багатств тощо. Зміст фантазій зазвичай відповідає її емоційному стану.
- *Псевдоремінісценції* — порушення часової послідовності спогадів, коли події минулого переносяться в теперішнє.
- *Криптомнезії* — ситуації, коли вигадані спогади сприймаються як реальні або навпаки. Наприклад, побачене уві сні здається тим, що трапилось насправді, або пережите в реальності — як сон. Такі явища можуть стосуватися також прочитаного, почутого чи побаченого у фільмах. У дитячому віці криптомнезії можуть бути варіантом норми.

- *Ехомнезії* — це спотворення пам'яті, коли нова подія здається вже знайомою. Цей феномен відомий як «вже бачене» (*déjà vu*), «вже почуте» чи «вже обдумане». Людина переконана, що подібну ситуацію вже переживала, але не може згадати коли. У психіатричній практиці після черепно-мозкових травм, пухлин мозку чи внутрішньочерепних гематом часто зустрічається Корсаковський амнестичний синдром, який поєднує фіксаційну амнезію та парамнезії (переважно конфабуляції й псевдоремінісценції). Такі пацієнти зазвичай дезорієнтовані в місці, часі й ситуації.

Порушення мислення. Мислення — це вища форма психічної діяльності людини, найскладніший пізнавальний процес, який полягає в опосередкованому та узагальненому відображенні дійсності. Опосередкованість означає, що людина здатна мислити про предмети або явища, з якими ніколи не мала прямого контакту (наприклад, ми можемо уявляти природу чи клімат Африки, навіть не побувавши там). Узагальненість передбачає, що мислення здійснюється за допомогою понять і абстрактних категорій. Наприклад, щоб назвати когось «доброю людиною», ми маємо розуміти, що включає в себе поняття «доброта».

Порушення процесів сприйняття та обробки інформації (основних когнітивних функцій) негативно впливають на якість мислення. Якщо, наприклад, у людини нестійка увага чи є проблеми з пам'яттю, вона отримує викривлену інформацію про реальність, що призводить до помилкових висновків і неправильного прогнозування подій. При аутизмі людина більше орієнтується на власні внутрішні відчуття, ігноруючи зовнішні стимули, через що робить неправильні судження щодо навколишньої ситуації. Під час затримки розумового розвитку певні види інформації не сприймаються повноцінно, що не дозволяє мисленню виконувати головну функцію — узагальнене відображення суттєвих сторін дійсності. При ураженні скроневих часток мозку страждають процеси пам'яті, порушується розпізнавання важливих аспектів ситуації, що дезорганізує сприйняття і заважає систематизації подразників. Коли виникають клітинні зміни мозку (наприклад, при шизофренії або хворобі Альцгеймера), інформація спотворюється ще на рівні її надходження, через що людина отримує неправильні уявлення про реальність і приймає неадекватні рішення. Порушення форм мислення найчастіше спостерігаються при психозах, коли людина перестає дотримуватись логічних принципів обробки інформації, що призводить до виникнення нелогічних і нереалістичних висновків.

Мислення відбувається через розумові операції — дії, пов'язані з опрацюванням психічного змісту, що може стосуватися як реальних, так і уявних об'єктів. *Основними операціями мислення є:* аналіз, порівняння, узагальнення, абстрагування, синтез і конкретизація. У реальному процесі мислення всі ці операції взаємопов'язані й діють у комплексі.

- *Аналіз* — це уявне або практичне розчленування об'єкта, ситуації чи явища на окремі частини з метою їх докладного вивчення. Наприклад, аналіз загальної картини захворювання дозволяє виявити його симптоми, синдроми, причини, умови розвитку, перебіг, а також оцінити його вплив на працездатність і якість життя пацієнта.
- *Порівняння* — це зіставлення різних об'єктів або явищ, щоб виявити подібні та відмінні риси між ними. Наприклад, порівнюючи двох пацієнтів з однаковим діагнозом, лікар може встановити, що хвороба у кожного проявляється по-різному, попри спільну природу.
- *Узагальнення* — це виділення спільних ознак, притаманних різним об'єктам або явищам, на основі яких створюються певні групи або класи. Так утворюються класифікації, наприклад: «рослини», «планети», «пацієнти», «злочинці». Назва класу виступає узагальнюючим поняттям для всіх його елементів.
- *Абстрагування* — це відокремлення істотних властивостей об'єкта або явища від несуттєвих. Наприклад, лікар швидкої допомоги спочатку звертає увагу на симптоми, що становлять небезпеку для життя, відволікаючись від другорядних проявів. Судовий психіатр, своєю чергою, концентрується на ознаках, які можуть свідчити про неосудність пацієнта, залишаючи інші психічні порушення на другому плані.
- *Синтез* — це поєднання окремих елементів знання в єдину цілісну структуру, що дозволяє зрозуміти об'єкт у його цілісності та взаємозв'язках частин. У повсякденному мисленні синтез здійснюється завдяки використанню набутих когнітивних схем — звичних способів поєднання вражень і знань. При руйнуванні таких когнітивних структур (наприклад, при деменції) людина втрачає здатність до цілісного сприйняття дійсності.
- *Конкретизація* — це розгляд об'єкта в різноманітті його зв'язків і відносин, тобто протилежна операція до абстрагування. Наприклад, людина може мати глибокі знання, але не вміти застосовувати їх у реальних ситуаціях — тобто знати багато, але розуміти та робити мало.

Клінічна класифікація розладів мислення.

Порушення темпу мислення:

а) Прискорене мислення (тахіфренія) — це збільшення кількості асоціацій за певний проміжок часу. Хоча цілеспрямованість думок зберігається, мислення стає малопродуктивним через переважання поверхневих зв'язків (за подібністю, суміжністю, контрастом, співзвучністю). Думки стають легковажними, поверхневими, малоаргументованими. Найвищим ступенем тахіфренії є симптом “стрибків ідей”, коли спостерігається безперервна зміна тем розмови під впливом випадкових подразників із довкілля. Таке мислення характерне для маніакальних станів.

б) Уповільнене мислення (брадіфренія) — це зменшення кількості асоціацій у часі. Попри збережену цілеспрямованість, мислення стає збіднілим і малопродуктивним. Брадіфренія типова для депресивних розладів.

Порушення рухливості мислення:

а) Детальне мислення — висновки досягаються через надмірну кількість другорядних і несуттєвих асоціацій. Такий процес неекономічний, адже замість короткого логічного шляху людина вдається до багатьох побічних міркувань.

б) Ґрунтовне мислення — мислення надмірно деталізоване, із тривалим зосередженням на побічних темах (докладність), але з подальшим поверненням до основного змісту. Це так зване “лабіринтове” мислення, що є малопродуктивним.

в) В’язке мислення — найвищий ступінь деталізації, коли хворий настільки застрягає на несуттєвих деталях, що основна думка втрачається, а логіка висловлювань стає незрозумілою. Людина не здатна тримати основну тему, постійно “в’язне” у побічних асоціаціях.

Іноді це проявляється у вигляді персеверацій — постійного повторення однієї фрази або однакових відповідей на різні запитання.

Персеверації часто спостерігаються при ураженнях зони Верніке (сенсорного центру мови). Такі порушення мислення притаманні епілептичному недоумству та органічним ураженням головного мозку.

Порушення цілеспрямованості мислення:

а) Резонерське мислення — хворий втрачає мету міркування і починає роздумувати про незначні деталі, що призводить до надмірної балакучості.

Хоча висловлювання граматично правильні, вони перевантажені вступними словами, дієприслівниками, зайвими поясненнями.

Таке мислення не лише непродуктивне, а й надмірно конкретне, бо спирається на безпосередній досвід без узагальнення та абстракції.

б) Атаксичне (розірване) мислення — між окремими думками відсутній логічний зв’язок: те, що повинно бути пов’язаним, роз’єднується, а випадкове — поєднується.

Хоча речення побудовані граматично правильно, вони позбавлені сенсу, наприклад:

«Пішов у магазин верхи на триповерховому будинку», «Летить крилами під водою».

в) Паралогічне мислення — порушення логічних зв’язків між поняттями.

На відміну від “розіраного” мислення, тут зв’язки не випадкові, але суперечать законам формальної логіки. Людина доходить безглузвих висновків, бо в процесі міркування “зісковзує” з головної думки на побічну. Асоціації формуються за суб’єктивною “логікою”, зрозумілою лише самому хворому. Такі паралогізми можуть з’являтися під час сильного афекту, а постійно спостерігаються при шизофренії.

г) Символічне мислення — використання символів властиве нормальній свідомості (наприклад, герб, алегорія, математичний знак). Однак при патологічному символізмі символи набувають індивідуального, незрозумілого для інших значення. Хворий вкладає у звичні поняття власний, особистий зміст. У результаті предмети й події навколишнього світу отримують для нього особливе, викривлене значення. На початкових стадіях патологічний символізм проявляється як аморфність мислення — нечітке використання понять, розпливчастість мови, коли важко зрозуміти, про що говорить людина. (Це варто відрізнити від резонерства, коли незрозуміло, навіщо вона це говорить).

Патологія суджень і умовиводів. До цієї групи порушень належать маячні, надцінні та нав’язливі ідеї.

Маячні ідеї. Маячні (делюзійні) ідеї — це хибні, неправильні переконання, які не піддаються виправленню ні за допомогою переконання, ні будь-яких інших способів. Вони завжди мають патологічну основу та суттєво порушують адаптацію людини до навколишнього середовища. Такі думки не ґрунтуються на знаннях або досвіді, а є проявом хворобливого внутрішнього стану психіки.

Хворий формує помилкові переконання, які здаються йому абсолютно істинними, хоча вони суперечать реальності та не приймаються оточенням.

Основні ознаки маячних ідей такі:

- помилковий, нереальний зміст;
- патологічна основа виникнення;
- непохитна впевненість у їх правильності;
- повна несприйнятливості до психологічної чи логічної корекції.

Маячні ідеї також називають первинним маренням. Їх формування зазвичай відбувається поступово: спочатку з'являється маячний настрій, потім — маячне сприйняття і тлумачення подій, а згодом відбувається “кристалізація” хибної ідеї. Для хворого така ідея набуває характеру віри, подібної до релігійної — він “відчуває”, що має рацію, попри будь-які докази зворотного.

Первинне марення — це справжній розлад мислення, який неможливо пояснити особливостями освіти, виховання чи культури людини. Це відрізняє його від інших видів переконань, таких як звичайна впевненість чи надцінна ідея.

На відміну від первинного, вторинне марення можна зрозуміти у контексті інших психопатологічних проявів — наприклад, галюцинацій або афективних розладів. Так, хворий може вважати, що його «отруюють сусіди», якщо «чує голоси», які нібито повідомляють йому про це.

Нав'язливі ідеї (обсесії). Нав'язливі ідеї — це настирливі думки, які мимоволі з'являються у свідомості хворого, попри те, що він критично усвідомлює їх безглуздість і хворобливість. Людина розуміє, що ці думки не відповідають дійсності, однак не може їх позбутися — вони постійно повторюються й виснажують.

Такі ідеї часто поєднуються з нав'язливими діями (компульсіями) та супроводжуються внутрішнім напруженням і тривогою.

Розрізняють такі види нав'язливостей:

- Абстрактні нав'язливості — безплідне, нав'язливе “мудрування”, коли хворий без кінця роздумує над дріб'язковими або беззмістовними питаннями. Наприклад, людину може переслідувати думка: «Чому права рука називається правою, а ліва — лівою?». Сюди ж належить арифмоманія — постійне прагнення рахувати предмети, людей, кроки чи числа, які для хворого набувають особливого значення.
- Нав'язливі репродукції — непереборне прагнення згадувати забуті або непотрібні імена, терміни, події. Прикладом є ономатоманія — постійне пригадування різних імен.
- Образні нав'язливості — це фобії (страхи конкретного змісту), нав'язливі побоювання, настирливі спогади чи уявлення, а також потяг до повторення певних дій.

Надцінні ідеї. Надцінні ідеї — це думки, які займають у свідомості людини надмірно велике місце та домінують над іншими переживаннями. Хворий може не сумніватися в їх правильності, але водночас відчуває, що вони надто його поглинають. Їх небезпека полягає не в хибності змісту, а в гіпертрофованій фіксації уваги на певних реальних фактах або переживаннях. Часто такі ідеї стають передумовою формування маячних ідей.

Розрізняють такі різновиди надцінних ідей:

- Ідеї ревності і зради — переконання у невірності партнера, навіть без об'єктивних підстав.
- Кверулянтські ідеї — нав'язлива впевненість, що оточення порушує права людини або чинить із нею несправедливо.
- Релігійні надцінні ідеї — переконання у власній винятковій місії: виправити помилки віровчення, створити нову секту або вважати себе пророком.
- Ідеї самовдосконалення — тверда віра у надзвичайну ефективність власної системи духовного чи фізичного розвитку, що стає центром життя хворого.
- Ідеї досягнень — переконання у власній геніальності або видатній ролі в суспільстві. Відсутність визнання з боку оточення викликає в таких осіб наполегливі спроби довести свою винятковість.
- Ідеї помсти — віра у ворожість оточуючих. Такі особи поступово приходять до думки, що всі довкола ставляться до них із презирством або насмішкою, що може викликати агресивну поведінку, аж до злочинних дій.

- Ідеї збагачення — надмірна зацікавленість матеріальними цінностями та прагнення володіти великими сумами грошей як символом влади та переваги над іншими. Людина може навіть відмовляти собі в елементарних потребах, накопичуючи кошти.
- Надцінне ставлення до змінених станів свідомості — переконання, що лише у стані сп'яніння, сну, гіпнозу чи під дією наркотиків людина розкриває свої “справжні” якості.
- Іпохондричні надцінні стани — перебільшене сприйняття тяжкості власної хвороби, що супроводжується пригніченістю, підозрілістю, агресивністю й тенденцією звинувачувати інших у своєму недузі.
- Надцінні ідеї фізичної вади — перебільшення значення тілесного дефекту. Людина відчуває себе неповноцінною, переконана, що оточуючі її зневажають чи уникають, що може призводити до ворожості навіть до близьких людей.

Розлади уяви. Уява — це особлива форма психічної активності, що ґрунтується на потребі людини в творчості, створенні нового досвіду та пошуку оригінальних способів адаптації до життєвих ситуацій. Вона забезпечує здатність моделювати майбутнє, створювати нові образи, ідеї, гіпотези. Уява поділяється на активну й пасивну. Активна уява супроводжується цілеспрямованими зусиллями, коли людина свідомо створює образи або рішення, що можуть бути реалізовані. Пасивна уява проявляється у створенні фантастичних образів чи сюжетів, які не мають практичного втілення, є своєрідною заміною діяльності, способом уникнення реальної активності.

Основні розлади уяви.

1. Синдром дефіциту уяви. Виявляється у зниженні або втраті здатності формувати нові комбінації образів, ідей чи думок. Мислення таких осіб стає стереотипним, одноманітним, а креативність різко зменшується. Вони не здатні створювати щось нове, осмислювати незнайоме чи прогнозувати результати власних дій. Минулі помилки не стають досвідом, а поведінка повторюється за звичними шаблонами. Подібний стан часто спостерігається при деменції та органічних ураженнях мозку, коли уява поступово деградує.

2. Синдром патологічного фантазування. Найчастіше зустрічається у дітей і підлітків, рідше — у дорослих із рисами інфантилізму.

Основними проявами є:

- віддаленість від реальності, переважання аутистичних фантазій, що не мають зв'язку з дійсністю;
- некерований потік вигадок, який не зупиняється навіть під впливом зовнішніх подразників;
- повторюваність і одноманітність сюжетів, надмірна емоційна залученість у вигадані події;
- пасивна увага, заміщена фантастичними образами;
- тривалий, іноді багатомісячний або багаторічний характер вигадок;
- відсутність усвідомлення хворобливості свого стану;
- сенсорна яскравість фантазій, через що вони сприймаються як реальні.

Пацієнти живуть у світі власних вигадок, деякі з яких здаються їм значущішими за реальність. Їхня довільна інтелектуальна діяльність знижена, а уява стає неконтрольованою.

3. Синдром Мюнхгаузена. Це симулятивний психічний розлад, за якого людина навмисно створює або перебільшує симптоми хвороби, прагнучи до уваги, співчуття чи турботи з боку медичного персоналу. Такі пацієнти часто ініціюють непотрібні обстеження чи навіть операції, наполегливо шукають лікування, а при викритті агресивно реагують і переходять до інших лікарів. Причиною подібної поведінки вважають емоційну нестачу, потребу у визнанні й опіці.

Окремими проявами цього синдрому є:

- фантастична псевдологія — форма патологічної брехні, втілена в грандіозних історіях, що поєднують правду та вигадку. Під тиском пацієнт із псевдологією може визнати, що вигадана їм історія — брехня. Фантастична псевдологія буває як самостійним явищем, так і частиною інших психіатричних синдромів.
- міфоманія — різновид патологічної брехливості, обумовлений конституційно-психопатичними особливостями особистості (міфоманічна конституція). Називається також госпітальною залежністю, лікарняним звиканням, госпіталізмом, псевдосимуляцією, поліхірургічною пристрастю, синдромом професійного хворого. Належить до групи

соматоформних розладів “синдром професійного пацієнта” — нав’язливе бажання залишатися під наглядом лікарів;

4. Синдром Агасфера. Це симуляція больового синдрому пацієнтами з наркоманією з метою отримати доступ до наркотиків та інших психоактивних препаратів. Такі пацієнти мігрують з одного лікувального закладу до іншого, де затримуються до того часу, поки лікарі або медичний персонал викривають їх брехню.

Розлади інтелекту. Інтелект – загальна здатність до пізнання та вирішення проблем, що визначає успішність будь-якої діяльності та лежить в основі інших здібностей. У межах концепції еволюційного розвитку психіки інтелект розглядається як рівень розвитку психіки, що зумовлює ефективність адаптації до різних життєвих обставин та успішність у вирішенні практичних завдань. Існує безліч теорій інтелекту, як і його визначень, проте сутність цього поняття зводиться до його основної функції: забезпечення ефективного оброблення інформації та її використання в процесі вирішення практичних завдань.

Інтелект і мислення тісно пов’язані, але вони не тотожні, мислення є механізмом інтелекту. Розумові операції (аналіз, синтез, судження, умовивід) є категоріями, які опосередковують та актуалізують інтелектуальний потенціал. Водночас інтелект передбачає накопичення певного багажу знань і формування когнітивних стратегій його використання під час виконання практичної діяльності. Відмежування інтелекту від мислення є необхідним у вивченні психічних патологій, тому що, з одного боку, існують як самостійні такі різновиди порушень як розлади мислення за збереженого інтелекту, а з іншого – зниження інтелекту за відносної збереженості окремих розумових операцій.

Розглянемо інтелект у межах двох категорій: *розумова відсталість та деменція*.

Розумова відсталість – це вроджений або набутий на ранній стадії онтогенезу психічний дефект, який характеризується недорозвиненням психіки та виявляється у формі порушень інтелектуальної діяльності, особистісного розвитку та соціальної адаптації індивіда.

Ознаками розумової відсталості є:

- стійкість;
- незворотність;
- органічне походження дефекту;
- непрогресивність (відсутність змін).

В етіології розумової відсталості виділяють дві основні групи чинників: ендегенні (спадкові чинники) та екзогенні. Перша група чинників має спадкові, хромосомні захворювання. Глибокі ступені розумової відсталості частіше трапляються під час рецесивного типу успадкування, а в етіології неглибоких дефектів визначальну роль відіграють домінуючі та полігенні спадкові чинники.

Групу екзогенних чинників поділяють на дві основні підгрупи: чинники, що діють на плід через організм матері під час вагітності; чинники, які пошкоджують головний мозок немовляти в перинатальний і ранній постнатальний періоди (до 2–3 років). Унаслідок впливу того чи іншого шкідливого чинника формування більшості функцій нервової системи не досягає рівня повноцінної норми, а багато важливих для життєдіяльності та адаптації функцій не формуються взагалі. Необхідно зазначити, що для розумової відсталості нехарактерна прогресивність інтелектуального дефекту. Навпаки, в процесі розвитку та накопичення знань, умінь і навичок можливе підвищення рівня адаптації.

Деменція – це прогресуючий розлад психічних функцій унаслідок патології головного мозку різної етіології, який проявляється в частковій або повній втраті накопичених знань і здібностей, у загальному зниженні продуктивності психічної діяльності та деградації особистості. Деменція трапляється не лише в старих людей, а й у дитячому віці.

Розрізняють деменцію за ступенем вираженості дефекту: легка, помірна, важка.

Легка деменція характеризується:

- істотним зниженням працездатності;
- значним порушенням соціальної діяльності.

Водночас здатність до самостійного життя зберігається, правила особистої гігієни дотримуються. Відбувається критичне ставлення до зниження інтелекту, тому такі люди прагнуть компенсувати когнітивний дефіцит. Частота легкої деменції в осіб старше 65 років становить, за деякими даними, 10 %.

Помірна деменція характеризується:

- втратою працездатності;
- зникненням соціальної активності.

Пацієнти не здатні до самостійного життя, потребують певного нагляду за собою, оскільки, виходячи на вулицю, можуть не знайти дороги додому, забувають вимкнути воду, газ, не в змозі приготувати собі їжу, оплатити рахунки, розпорядитися грошима. Критичне ставлення до зниження інтелекту частково зберігається, проте реакція на хворобу та прагнення компенсувати когнітивний дефіцит зазвичай відсутні. Частота помірної деменції в літніх людей становить 5 %.

Важка деменція характеризується:

- порушенням повсякденної діяльності;
- нездатністю виконувати правила особистої гігієни;
- втратою здатності говорити та розуміти мову оточуючих.

Пацієнти потребують постійного нагляду, критика до свого стану повністю відсутня. Залежно від особливостей клінічних проявів виділяють лакунарну та тотальну деменцію.

Лакунарна деменція (часткова). Характеризується порушенням окремих пізнавальних процесів. Більшою мірою страждає пам'ять. Хворі не здатні до засвоєння нових знань, але отримані раніше поведінкові патерни та професійні навички залишаються довгий час незмінними. Також відбувається зниження якості мислення, сповільненість темпу психічних процесів унаслідок загального ослаблення психічної активності. Водночас хворі критично відносяться до власного дефекту, який вони намагаються компенсувати різними способами, наприклад, записуючи важливу інформацію. Емоційні порушення проявляються у формі лабільності, підвищеної сльозливості, сентиментальності. В цілому кардинальних змін психічних властивостей особистості за лакунарного недоумства не спостерігається, що свідчить про збереження «ядра особистості».

Тотальна деменція (загальна) характеризується відносно рівномірним і безповоротним зниженням показників усіх форм психічної діяльності (розпад психіки). У хворих спостерігається постійне погіршення як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті, зниження психічної активності, що виявляється в нездатності зосередитися на будь-чому. Регрес розумової діяльності характеризується грубим порушенням усіх розумових операцій: аналізу, синтезу, абстрагування, узагальнення, що відображається в слабкості або неадекватності суджень та умовиводів. Емоційні порушення характеризуються похмурістю, апатичністю, періодичною дратівливістю. Втрата моральноетичних принципів і цінностей робить безконтрольними інстинктивні потреби. Хворі втрачають критику до свого стану та поведінки, їх судження та вчинки стають абсурдними. Всі ці ознаки свідчать про примітивізацію – розпад «ядра особистості». Тотальна деменція спостерігається під час дегенеративних захворювань (хвороба Альцгеймера, Піка), під час сифілісу головного мозку та прогресивного паралічу. В деяких випадках до аналогічного результату призводить локальний патологічний процес, наприклад, під час травм, пухлин головного мозку.

Найважчою та фінальною стадією тотальної деменції є маразм, який свідчить про атрофію кори головного мозку та практично повне припинення психічної діяльності людини. Під час маразму згасають базові інстинкти (харчовий, самозбереження). Хворі стають абсолютно безпорадними та потребують постійного догляду (годування, санітарно-гігієнічних заходів тощо).

Хвороба Альцгеймера. Хвороба Альцгеймера (ХА) — це поширене серед людей похилого віку дегенеративне ураження головного мозку, основним проявом якого є поступово прогресуюча деменція. Загальна поширеність ХА становить близько 1–1,5 %. Жінки страждають на неї у 2–3 рази частіше за чоловіків, однак ця різниця, ймовірно, пов'язана з більшою тривалістю життя жінок. Причини розвитку хвороби Альцгеймера досі залишаються недостатньо з'ясованими, але відомо, що ризик її виникнення зростає з віком, за наявності випадків хвороби серед близьких родичів, а також при синдромі Дауна.

У процесі розвитку захворювання поступово формується дифузна атрофія мозку із розширенням шлуночкової системи. Важливою ланкою патогенезу вважають різке зменшення кількості холінергічних нейронів і зниження рівня ацетилхоліну в мозковій тканині.

Хвороба починається непомітно, її розвиток є повільним і поступовим. Якщо перші симптоми виникають у віці до 65–70 років, зазвичай можна виявити спадкову схильність до подібних форм деменції. Початково спостерігається поступове погіршення пам'яті на нещодавні події, яке з часом

переходить у фіксаційну амнезію — втрату здатності запам'ятовувати нову інформацію. З'являється амнестична дезорієнтація, хворий стає безпорадним, дезорганізованим, іноді метушливим. Паралельно із порушенням пам'яті прогресує розлад мислення, що поступово призводить до повного недоумства.

Основні стадії розвитку хвороби Альцгеймера:

Доклінічна стадія. Виявляються початкові ознаки інтелектуального зниження: легка забудькуватість, утруднення у визначенні часу, часткове неповне відтворення нещодавніх подій.

Стадія легкої деменції. Характеризується погіршенням пам'яті на поточні події, складнощами з орієнтацією у просторі та часі, порушенням абстрактного мислення, зниженням здатності до узагальнення й порівняння. Людині важко самостійно виконувати фінансові розрахунки, подорожувати, листуватися чи вирішувати побутові справи без помилок.

Стадія помірно вираженої деменції. Відзначається посилення амнестичного синдрому: пацієнт забуває події теперішнього й недавнього минулого, але зберігає спогади дитинства. Часто з'являються вигадані спогади (конфабуляції). Виникає дезорієнтація у часі й просторі, підвищується тривожність, спостерігається емоційна нестійкість. Хворий потребує постійної допомоги та підтримки.

Стадія важкої деменції. Настає глибоке руйнування пам'яті: людина повністю втрачає уявлення про час, місце, не впізнає себе чи близьких, забуває власне ім'я. Зникає здатність до елементарного мислення, такі хворі потребують безперервного догляду.

Завершальна стадія. Відбувається повне руйнування психічної діяльності, з'являються тяжкі неврологічні порушення. Зберігаються лише примітивні рефлексі, спостерігаються мимовільні гримаси плачу або сміху. Хворі часто лежать у позі «ембріона», можливі епілептичні напади.

На будь-якому етапі перебігу хвороби можуть виникати різні форми поведінкових порушень: агресія, крики, гіперактивність, збудження, занепокоєння, спроби втекти з дому, сексуальна розгальмованість, марення та інші розлади психіки.

Патопсихологічні симптоми хвороби Альцгеймера. Хворі усвідомлюють виникнення проблем на початкових стадіях хвороби (за 1–2 роки та раніше), у зв'язку з чим переживають тривогу, розгубленість, занепокоєння, почуття провини, намагаються якось замаскувати свої проблеми (наприклад, ведуть ретельні записи своїх справ, відчуваючи проблеми з пам'яттю). Поступово усвідомлення хвороби зникає, поведінка пацієнта стає все більше примітивною та нецілеспрямованою, втрачаються елементарні навички самообслуговування. Тривалість хвороби від перших ознак до смерті – 7–10 років.

На перших етапах хвороби можуть виникати окремі психотичні розлади у вигляді марення нанесення шкоди («обікрали сусіди»), марення отруєння, патологічні ревності, відбуваються одиничні генералізовані епілептиформні напади, епізодичні слухові галюцинації. З іншого боку, довше порівняно з іншими психозами старечого віку, зберігаються критика до захворювання та усвідомлення власної неспроможності.

На стадії помірно вираженої деменції характерні клінічні ознаки ХА: поєднання порушень пам'яті та інтелекту поряд із розвитком розладів вищих коркових функцій, порушення мови («логоклонія» – переривчасте повторення окремих складів, коротких слів, вигуків); дизартрія – порушення мови, яка стає нечіткою, важкою для розуміння, хворим важко даються окремі, особливо приголосні, звуки; ехолалія – повторення окремих слів або словосполучень, що вимовляються в присутності хворого та які він чує; формується симптом амнестичної афазії – порушення здатності називати предмети, водночас хворий може описати предмет, а під час невеликої підказки (наприклад, першої букви, з якої починається слово) – навіть пригадати потрібне слово: алексії – неможливість впізнавати літери або символи, нездатність читати та розуміти текст.

На важкій стадії ХА рухи стають ригідними, хода – уповільненою, з човганням. Посилюються всі види апраксії втрата здатності робити звичні операції, виконувати знайомі рухи), що призводить у підсумку до повного знерухомлення.

Діагноз ХА встановлюють з урахуванням ознак, що є характерними для всіх деменцій:

- зниження пам'яті, що особливо виявляється під час засвоєння нової інформації (фіксаційна амнезія);
- зниження функцій абстрактного мислення, яке повинно бути підтверджено даними експериментальнопсихологічного обстеження;

- зниження контролю над емоціями та соціальною поведінкою, що виявляється щонайменше в одній із таких ознак: а) емоційна лабільність; б) дратівливість; в) апатія; г) примітивізація соціальної поведінки.

Хворобу Альцгеймера, використовуючи комплекс методик, потрібно відрізнити насамперед від судинної деменції та психічних розладів під час непатологічного старіння. Різниця передусім полягає в тому, що під час зазначених розладів у людини, з одного боку, спостерігається деяке зниження когнітивних функцій, але водночас істотно не порушується соціальне та побутове функціонування, здатність до самообслуговування тощо. Необхідно також унеможливити наявність пухлини мозку, нейросифілісу, травми голови та наявності гематом, дефіцит вітаміну В12. Іноді діагноз ХА може помилково ставитись у випадках, що зовні нагадують деменцію, але до неї не належать – під час поганого харчування, за низької температури в житловому приміщенні, під час нерозпізнаної депресії, за безсистемного прийому ліків тощо.

Розлади свідомості. Свідомість у психології розглядають у двох основних аспектах: як найвищий рівень психічного розвитку та саморегуляції, а також як сукупність думок і почуттів, що людина усвідомлює в даний момент. У медицині, зокрема в психіатрії, розлади свідомості традиційно протиставляють «ясній свідомості». Терміном «ясна свідомість» у медицині прийнято позначати такий психічний стан людини, за якого в ньому зберігається здатність усвідомлювати власну особистість, місце, час, навколишнє оточення, свої дії тощо. Людина в стані ясної свідомості адекватно оцінює нову інформацію з урахуванням уже наявних у неї знань, виділяє себе з довкілля, зберігає сформовану систему відносин до свого оточення та на основі цих даних контролює власну поведінку.

«Ясна свідомість», яка має велике діагностичне значення, оскільки один і той самий симптом у стані ясної свідомості та при її розладі може мати зовсім інше значення.

Наприклад, маячні ідеї не завжди є негативним показником, якщо вони спостерігаються під час сутінкового стану свідомості, тоді як їх наявність за ясної свідомості свідчить про тяжке психічне захворювання, найчастіше шизофренію.

Розлади свідомості можуть виникати не лише внаслідок психічних хвороб, але й при різних соматичних патологіях, особливо при гарячці або порушеннях обміну речовин. За К. Ясперсом, основними симптомами порушення свідомості є відчуження від реальності, дезорієнтація в просторі, часі й особистості, а також втрата зв'язності мислення та пам'яті. Розрізняють аутопсихічне орієнтування (усвідомлення власного «Я») та алопсихічне (орієнтація в часі, просторі та ситуації).

Існують дві природні форми свідомості — сон і неспання, а також змінені стани, серед яких медитація, що досягається свідомо й спрямована на зосередження уваги шляхом усунення зовнішніх і внутрішніх подразників.

На свідомість впливають різні хімічні речовини. Слабкі стимулятори, такі як кофеїн і нікотин, спочатку знижують активність клітин мозку, викликаючи заспокоєння, а потім стимулюють вироблення норадреналіну, що призводить до короточасного підвищення активності. Сильні стимулятори, наприклад амфетаміни, спочатку спричиняють прилив енергії, який згодом змінюється виснаженням, а при тривалому вживанні — галюцинаціями та маренням. Нейродепресанти (алкоголь, барбітурати, транквілізатори) зменшують надходження кисню до мозку, викликаючи сонливість і сповільнення мислення. Опіати блокують центри болю та стимулюють центри задоволення, швидко спричиняючи залежність і деградацію особистості.

Розлади свідомості поділяють на кількісні (пригнічення) та якісні (спотворення). Кількісні розлади свідомості характеризуються зниженням реактивності на зовнішні стимули, уповільненням психічних процесів, дезорієнтацією та відсутністю продуктивної психопатологічної симптоматики. За глибиною пригнічення виділяють обнубіляцію, сомноленцію, сопор і кому.

Обнубіляція — легкий ступінь пригнічення, коли збережене часткове орієнтування, але реакції уповільнені, мислення сповільнюється, а розуміння ситуації утруднене. Сомноленція проявляється глибокою сонливістю, високим порогом чутливості, поверхневим осмисленням подій і труднощами вербального контакту. Сопор — це патологічний сон із повним пригніченням психічної діяльності, але збереженням окремих рефлексів на сильні подразники. Кома — найглибший ступінь, що супроводжується повною відсутністю реакцій і пригніченням життєво важливих функцій.

Якісні порушення свідомості (спотворення) включають сутінкові стани, делірій, онейроїд та аменцію. *Сутінковий стан* виникає раптово, супроводжується галюцинаціями, маренням, афектом страху чи агресії, може бути небезпечним і завершується амнезією. *Делірій* характеризується зоровими галюцинаціями, образним маренням, руховим збудженням і дезорієнтацією. *Онейроїд* відзначається яскравими фантастичними псевдогалюцинаціями, подвійним орієнтуванням і відчуттям участі в уявних подіях. *Аменція* проявляється повною дезорієнтацією, фрагментарним сприйняттям, руховим збудженням та амнезією після виходу зі стану.

Серед реактивних форм свідомості виділяють афективно-звужену свідомість, за якої домінують емоційно насичені уявлення, пов'язані з психотравмою. У таких випадках людина частково зберігає орієнтування та попередній досвід.

До особливих реактивних станів належать патологічний афект, патологічний просоночний стан, реакція короткого замикання та патологічне сп'яніння. Патологічний афект характеризується вибухом люті з глибоким затьмаренням свідомості й подальшою амнезією. Патологічний просоночний стан виникає під час неповного пробудження, коли реальність сприймається як страшне сновидіння, що може призвести до агресивних дій. Реакція короткого замикання є наслідком надмірного емоційного напруження та проявляється раптовим афективним вибухом із дезорієнтацією та амнезією.

Дисоціативні розлади свідомості включають дереалізацію та деперсоналізацію. Дерееалізація проявляється спотворенням сприйняття реальності, коли навколишній світ здається нереальним чи зміненим. Деперсоналізація виражається відчуженням власної особистості або тіла; вона може бути соматопсихічною (чужість тіла) або аутопсихічною (зміна сприйняття власного «Я»). Поєднання обох форм відоме як синдром «Аліси в країні чудес». Такі явища рідко бувають ізольованими та частіше виступають симптомами інших психічних синдромів, а їх діагностичне значення визначається контекстом клінічної картини.

Порушення емоцій. Емоція (від лат. *emoveo* — «збуджую», «хвилюю») — це процес психічного відображення дійсності у формі переживання. Емоції становлять складний психічний феномен, оскільки вони проявляються одночасно на рівнях внутрішнього суб'єктивного відчуття, фізіологічних реакцій і поведінкових актів. Проте жодна з цих форм не може повністю передати справжній зміст переживання, яке відчуває людина.

Внутрішні емоційні переживання завжди мають суб'єктивний характер, і щоб пояснити їх, людина користується словами, які інші можуть розуміти по-різному. Наприклад, двоє осіб можуть казати, що «люблять спорт», але для однієї це означає активні заняття, а для іншої — лише перегляд спортивних програм.

Зовнішні прояви емоцій у поведінці лише здаються об'єктивними. Та сама поведінка може виражати різні емоції (сльози — від радості, горя чи безсилля), тоді як одна й та сама емоція може супроводжуватися різними реакціями (страх може викликати заціпеніння, втечу або плач). Фізіологічні показники (ритм серця, артеріальний тиск тощо) можуть лише частково свідчити про емоційний стан, адже сучасні прилади ще не здатні точно виміряти тонкі відтінки почуттів.

Емоції мають певні якісні характеристики. За знаком вони поділяються на позитивні (радість, захоплення) і негативні (гнів, страх), однак цей поділ умовний. Так, гнів може виконувати захисну функцію, страх — сигналізувати про небезпеку, а тривога — стимулювати розвиток самосвідомості. Навіть сильна радість може викликати емоційне перенапруження й стати причиною стресу. Тому вплив емоцій залежить від ситуації — одні можуть дезорганізувати психіку, інші сприяють адаптації.

За рівнем активації емоції поділяються на стенічні (активізують діяльність — радість, гнів) та астенічні (пригнічують — смуток, туга). Відповідно розрізняють стенічні позитивні (радість), стенічні негативні (лють), астенічні позитивні (задоволення) і астенічні негативні (печаль) емоції.

Залежно від глибини, сили, тривалості та диференційованості, виділяють такі емоційні стани: чуттєвий тон, емоцію, афект, пристрасть і настрій.

Чуттєвий (емоційний) тон — найпростіша форма емоцій, що виникає у відповідь на життєво важливі подразники, спонукаючи людину до їх уникання або наближення. Такі переживання часто важко виразити словами — вони лише додають емоційного забарвлення до сприйняття.

Власне емоції виникають тоді, коли потреби або мотиви перевищують адаптаційні можливості людини. Розрізняють базальні емоції (вроджені — радість, гнів, страх, подив, відраза, горе) та соціальні емоції, які формуються в процесі виховання і взаємодії з суспільством.

Формування емоцій пов'язане з роботою кори, підкіркових структур і вегетативної нервової системи, що регулює діяльність внутрішніх органів. Тому емоції тісно взаємодіють із серцево-судинною, дихальною системами, а також проявляються у виразах обличчя (міміці) та рухах тіла (пантоміміці). У лімбічній системі мозку існують «центри насолоди» та «центри страждання».

Афекти (від лат. affectus — хвилювання) — це короточасні, бурхливі емоційні вибухи, що виникають у критичних ситуаціях, коли людина не може знайти вихід. Під час афекту гальмуються інші психічні процеси, порушується волевий контроль, звужується увага, може виникати часткова або повна амнезія. Розрізняють нормальний і патологічний афект. Останній супроводжується дезорієнтацією, надмірною реакцією та амнезією після нападу.

Пристрасть — це сильне, тривале почуття, яке повністю підпорядковує собі людину. Вона може бути усвідомленою і схваленою особистістю або, навпаки, сприйматись як небажана. Пристрасть характеризується інтенсивністю, стійкістю, зосередженістю на об'єкті та єдністю емоційної й вольової сфер.

Настрій — це тривалий, відносно стабільний емоційний стан помірної сили, що визначає загальне самопочуття людини. Він може бути спричинений як фізичним самопочуттям, так і соціальними взаєминами. Настрій завжди має суб'єктивну спрямованість і тісно пов'язаний із типом темпераменту: у гіпертимних осіб він зазвичай підвищений, у дистимних — знижений.

Афективні розлади. Коли зміни емоційного стану не пов'язані з життєвими подіями та тривають довго, це свідчить про патологію афективної сфери. Порушення можуть стосуватися рівня чуттєвості, настрою чи емоційної реактивності.

Регрес почуттів спостерігається при шизофренії, коли зникають вищі почуття, а переважають примітивні. Прогрес почуттів, навпаки, означає домінування моральних, естетичних і світоглядних переживань.

Порушення настрою може проявлятися у вигляді його підвищення (гіпертимія) або зниження (гіпотимія). До форм підвищеного настрою належать гіпоманія, манія, ейфорія, морія та екстаз.

Гіпоманія — це підвищена активність, жвавість, балакучість, впевненість у собі, що поєднується з неорганізованістю дій. **Манія** — більш виражений стан із надмірним збудженням, пришвидшеним мисленням, безмежним оптимізмом і переоцінкою власних можливостей, що може доходити до маячних ідей величч. **Ейфорія** — безтурботний, задоволений настрій на тлі зниження критичності, властивий людям із органічними ураженнями мозку або під впливом алкоголю чи наркотиків. **Морія** — безглуздо веселий, придуркуватий настрій при ураженні лобових часток мозку. **Екстаз** — стан блаженного піднесення й захоплення, іноді зі звуженням свідомості, що трапляється при епілепсії.

Знижений настрій може проявлятися у вигляді субдепресії, депресії, дисфорії, тривоги або страху. **Депресія** характеризується глибоким пригніченням, уповільненням мислення, руховою загальмованістю, відчуттям безвиході й провини. **Дисфорія** — злобно-похмурий стан, часто при епілепсії.

Тривога — напружене очікування небезпеки без конкретного об'єкта, а страх — реакція на певну загрозу.

Порушення емоційної реактивності включають патологічний афект, гіперестезію (надмірна чутливість), гіпестезію (черствість), апатію (байдужість) і емоційну тупість (втрата здатності до почуттів, як при шизофренії).

Порушення стійкості емоцій проявляються в емоційній лабільності (часті зміни настрою), вибуховості (схильність до агресії) та малорухливості емоцій (застрягання на одній реакції).

Нарешті, перекручення емоцій включає **амбівалентність** — співіснування протилежних почуттів до одного об'єкта, та емоційну неадекватність — невідповідність емоцій ситуації, що є типовим для шизофренічних розладів.

Вольові розлади. Воля — це особлива форма психічної активності людини, що проявляється у свідомому регулюванні власної поведінки та діяльності в ситуаціях, коли необхідно долати внутрішні та зовнішні труднощі для досягнення певної мети. Кожна діяльність людини складається з конкретних дій, які можуть бути як довільними, так і мимовільними. Мимовільні дії не потребують постановки мети та усвідомленого вольового зусилля з боку людини. Натомість вольова дія завжди усвідомлена і цілеспрямована, адже її результат служить мотивом для виконання дії.

За допомогою вольового зусилля людина планомірно реалізує свою мету, підпорядковуючи імпульси свідомому контролю та змінюючи власну поведінку і навколишню дійсність відповідно до свого задуму. Таким чином, свідомий вольовий акт неможливий без певної розумової діяльності: постановки мети, вибору засобів її досягнення, контролю результатів окремих дій.

Спонування до діяльності формують ієрархію мотивів – від базових потреб, таких як їжа, сон та безпека, до вищих потреб, як пізнання, естетичні почуття та самоактуалізація. Коли для досягнення вищих мотивів пригальмовуються та стримуються нижчі, проявляється воля. Основна функція волі полягає у свідомій регуляції поведінки, особливо в ситуаціях, які потребують подолання труднощів. Воля проявляється у підтримці мотивації, стійкій активності перед зовнішніми чи внутрішніми перешкодами та у стримуванні імпульсивних дій, що не узгоджуються з метою.

Вольова діяльність завжди пов'язана з руховою активністю, тому рухово-вольова сфера включає два основні компоненти: вольовий – усвідомлений і цілеспрямований акт регуляції психічної діяльності, та руховий – прості й складні рухи або дії. Порушення цієї сфери поділяються на вольові розлади та розлади рухової активності, що проявляються у посиленні, ослабленні або перекручуванні вольової активності.

Вольові розлади охоплюють гіпербулію, гіпобулію, абулію та парабулію.

Гіпербулія – патологічне підсилення вольової активності, проявляється у спонтанних та імпульсивних діях, надмірній метушливості та прагненні до швидкого результату. Вона часто поєднується з паранояльними та надцінними ідеями, проявляється під час наркотичних ломок, психопатій та маніакального синдрому.

Гіпобулія – це хворобливе ослаблення вольової активності, коли спонування до цілеспрямованої діяльності фактично відсутні. Людина стає пасивною, байдужою, малорухливою і втрачає здатність до формулювання та реалізації мети. Спостерігається при астенії, депресії, шизофренії та енцефалопатії.

Абулія – патологічна відсутність волі, що проявляється у втраті бажань та спонукань до діяльності. Хворі малорухливі, неконтактні та байдужі до всього навколо. Вона супроводжується емоційним збіднінням і апатією та спостерігається при депресії, шизофренії, ураженнях лобних ділянок мозку та сенільних психозах.

Парабулія – спотворення волі, що виявляється у кататонічних симптомах: пасивне підпорядкування наказам, мутизм, стереотипії, негативізм, каталепсія, ступор, ехोलалія та ехопраксія.

Розлади рухової активності поділяються на гіперкінетичні, гіпокінетичні та паракінетичні. *Гіперкінетичні* розлади характеризуються підвищеною руховою активністю або психомоторним збудженням, наприклад таскінезія та акатизія, і проявляються під час маніакальних станів, синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю та кататонії.

Гіпокінетичні розлади проявляються у зниженні або повній відсутності рухової активності – брадикінезія, адинамія, акінезія та ступор. Вони часто супроводжуються брадіфренією та брадіфазією і спостерігаються при астенії, депресії, органічних ураженнях мозку та важких інфекціях.

Паракінетичні розлади включають дезавтоматизацію – втрату здатності до автоматичного виконання дій, та спотворення рухової активності. Спотворення проявляється у паракінезіях, нав'язливих, насильницьких та імпульсивних діях.

Примітивні потреби й потяги регулюються волею, а її порушення призводить до розгальмування або перекручення поведінки. Патологічне посилення інстинктів може спостерігатися при ураженнях підкірково-стовбурових структур або пригніченні коркової регуляції.

Клінічна класифікація порушень потягів включає розлади харчових потягів, порушення інстинкту самозбереження та розлади статевих потягів.

Розлади харчових потягів: *булімія* (підвищення), *анорексія* (ослаблення) та *парорексія* (перекручення). Булімія проявляється надмірним апетитом і постійним відчуттям голоду, спостерігається при шизофренії, деменції, органічних ураженнях мозку та істерії. *Анорексія* – стійке зниження або відсутність харчового потягу, спостерігається при депресії, кататонічному ступорі, абстиненції та неврозах. *Парорексія* – перекручення харчового потягу, наприклад поїдання неїстівних об'єктів (земля, волосся, скло), спостерігається при ендокринопатіях, шизофренії та глибокій розумовій відсталості.

Порушення інстинкту самозбереження проявляються у патологічній боязкості, надмірному ризику або втраченні страху зовсім. Надмірна боязкість характеризується невинуватим униканням будь-яких небезпечних ситуацій, формуванням фобій та тривожних станів. Надмірний ризик проявляється у безпечній поведінці, схильності до небезпечних вчинків, необачних дій, що можуть загрожувати життю чи здоров'ю. Повна відсутність страху часто спостерігається при органічних ураженнях лобних ділянок мозку, епілептичних синдромах та психопатіях і може призводити до суїцидальної або антисоціальної поведінки.

Розлади статевих потягів включають гіперсексуальність, гіпосексуальність та парасексуальні девіації. Гіперсексуальність проявляється надмірною увагою до статевих об'єктів, компульсивною сексуальною активністю, сексуальними маніями. Вона часто виникає при маніакальних станах, енцефалопатіях та деяких формах шизофренії. Гіпосексуальність – стійке зниження статевого потягу або його повна відсутність, спостерігається при депресії, психогенних станах, органічних ураженнях гіпоталамуса та наслідках тривалого стресу. Парасексуальні девіації проявляються у перекрученнях сексуальної поведінки – садизм, мазохізм, фетишизм та інші відхилення. Вони можуть поєднуватися з психопатіями, шизофренією та різними органічними ураженнями центральної нервової системи.

Порушення потягів і вольова сфера тісно взаємопов'язані. Коли вольові механізми ослаблені або спотворені, інстинктивні та потягальні імпульси виходять із-під контролю. Це призводить до надмірної імпульсивності, некерованих дій, патологічних потреб або втрати мотивації. Наприклад, при абулії хворі не можуть реалізувати навіть базові харчові або захисні потреби, а при гіпербулії надмірні потяги реалізуються неконтрольовано, що загрожує соціальним і фізичним наслідкам.

Таким чином, вольова сфера виступає як регулятор, що забезпечує баланс між примітивними потягами і соціально прийнятною поведінкою. Патологічні зміни в ній проявляються у двох напрямках: ослаблення або відсутність контролю, що веде до некерованої поведінки, або надмірна фіксація та напруга волі, що обмежує природну мотивацію та гнучкість поведінки.

Контрольні запитання для самоконтролю

1. Критерії диференціації норми та патології в клінічній психології: основні підходи та принципи.
2. Принципи-альтернативи оцінки психічного стану: норма та патологія.
3. Порушення сприйняття та відчуттів: види, механізми та клінічні прояви.
4. Патологічні зміни мислення: типи порушень та їх діагностичне значення.
5. Порушення пам'яті: амнезії, гіпомнезії та інші форми когнітивних дефектів.
6. Психологічні аспекти інтелектуальної дисфункції: оцінка та клінічні приклади.
7. Емоційні розлади: патологічні форми афектів та емоційних реакцій.
8. Вольові процеси: патології волі, гіпербулія, гіпобулія, абулія, парабулія.
9. Розлади рухової активності та їх взаємозв'язок із вольовими порушеннями.
10. Патологія психічних потягів та інстинктів: харчові, статеві та самозбережні розлади.

Рекомендована література

1. Медична психологія: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛПРА, 2022. 300 с.
2. Медична психологія. Міщенко Т.С. Савіна М.В., Штриголь Д.В., Лісна Н.М.: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології: навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 106 с. 3. Джерело
3. Клінічна психологія: навч. посіб. / А. М. Османова, Г.В. Хорунженко. К.: Університет «Україна», 2023. – 183 с.
4. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ: КНТ, 2016. — 369 с.
5. Ільїна П.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2023. 163 с.

6. Основи загальної та медичної психології у вищій школі : навч. посіб. / за ред. Р. І. Білобровки, 2018. 286 с.

7. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 208 с

Лекція 3. Психічні та поведінкові розлади.

Мета: сформувати у студентів розуміння сутності, основних видів і клінічних проявів психічних та поведінкових розладів. Ознайомити здобувачів освіти з психологічними особливостями пацієнтів із різними формами психічних порушень, їх реакціями на захворювання, обмеженням рухової активності. Розвинути здатність розпізнавати прояви емоційних і поведінкових змін, встановлювати професійно-етичний контакт із пацієнтом, сприяти його мотивації до відновлення та дотримання рекомендацій. Спрямувати студентів на формування навичок емпатійного спілкування, толерантності й міждисциплінарної взаємодії при роботі з особами, які мають психічні або поведінкові розлади.

План та організаційна структура лекції

Етап проведення	Опис етапу	Рівень засвоєння	Час
Підготовчий	Організаційні питання, перевірка присутності здобувачів вищої освіти	Ознайомлення	5 хвилин
Основний	Актуальність теми лекції. Застосування знань в межах тематики лекції у подальшій фаховій підготовці та у професійній діяльності	Узагальнення, осмислення, розуміння	10 хвилин
	1. Визначення психічного розладу. Причини виникнення. 2. Класифікація психічних розладів. 3. Характеристика психічних розладів.	Узагальнення, осмислення, розуміння	60 хвилин
	Узагальнення та закріплення набутих знань, рефлексія та дебрифінг, відповіді на питання	Закріплення	10 хвилин
Заключний	Надання інформації про тему наступної лекції та завдань для самостійної підготовки	Ознайомлення	5 хвилин
ЗАГАЛОМ			90 хвилин

Теоретичні матеріали

1. Визначення психічного розладу. Причини виникнення. Психічне здоров'я є невід'ємною складовою загального стану здоров'я людини та важливим чинником її соціального функціонування, професійної діяльності й якості життя. У сучасних умовах зростаючої психоемоційної напруги, воєнних подій, економічної нестабільності та змін у соціальному середовищі проблема психічних і поведінкових розладів набуває особливої актуальності. Вони можуть проявлятися не лише у вигляді порушень мислення, емоцій чи волі, але й через зміни поведінки, мотивації, міжособистісних стосунків, що безпосередньо впливає на стан соматичного здоров'я.

Психічні та поведінкові розлади становлять складну й різноманітну групу станів, які охоплюють депресії, тривожні розлади, шизофренію, залежності, розлади особистості, порушення сну та інші патологічні прояви психічної діяльності. Їх вивчення є необхідним для кожного фахівця медичного профілю, оскільки психічний стан пацієнта значною мірою визначає його ставлення до хвороби, лікування, процесу реабілітації та взаємодії з медичним персоналом.

Знання основ психопатології дозволяє майбутньому спеціалісту не лише своєчасно помітити ознаки психічних порушень, а й коректно реагувати на них, зберігаючи професійну етику, емпатію та повагу до особистості пацієнта. Саме тому розгляд теми «Психічні та поведінкові розлади» є важливою частиною підготовки сучасного фахівця, який має усвідомлювати взаємозв'язок між тілесним і психічним, медичним і соціально-психологічним аспектами здоров'я людини.

Психічні і поведінкові розлади – це одна з найскладніших медичних проблем, яка зачіпає людей у всіх куточках світу. В залежності від прояву особливостей психічних розладів, вони можуть кардинально впливати на образ і якість життя людини або бути практично непомітними.

Психічний розлад – хворобливий стан з психопатологічними або поведінковими проявами, пов'язаний із порушенням функціонування організму внаслідок дії біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів (ВООЗ).

Психічний розлад – стан відсутності психічного здоров'я; комплекс характеристик і моделей поведінки, які не є частиною нормального розвитку особистості чи культури. Психічний розлад – сукупністю психологічних або поведінкових симптомів, які впливають на одну або кілька сфер життя і \ або завдають незручність людині, яка відчуває ці симптоми.

Симптом – окрема ознака розладу. Напр., симптоми психічних розладів: порушення відчуттів, сприйняття, емоцій, пам'яті, мислення, інтелекту, вольової діяльності, поведінки, інстинктів, свідомості.

Синдром – сукупність симптомів, які об'єднані єдиним механізмом виникнення та функціонування.

Діагноз — це узагальнений висновок про наявність психічного захворювання (патології, розладу, відхилення від норми) з віднесенням його до певної класифікаційної категорії відповідно до чинних нормативів. Він є основою для проведення лікувальних, реабілітаційних, експертних (трудова, військова, соціальна) і профілактичних заходів.

Етіологія — це вчення про причини та умови виникнення хвороб.

Патогенез — це механізми виникнення та розвитку хвороби.

В етіології психічних розладів взаємодіють екзогенні (зовнішні) та ендогенні (внутрішні) чинники.

До екзогенних належать впливи зовнішнього середовища — інфекції, черепно-мозкові травми, інтоксикації, психічні потрясіння й травми.

Ендогенні фактори охоплюють спадкову схильність, конституційні особливості, вікові кризи, імунологічні та реактивні властивості організму, стать, вік, перенесені хвороби.

Важливу роль у формуванні психічних патологій відіграють соціальні фактори, які у поєднанні з біологічними чинниками можуть негативно впливати на людину. Проте будь-який шкідливий фактор не завжди викликає захворювання, і навіть одна й та сама причина може у різних випадках призвести до психічної патології або не викликати її зовсім.

Деякі фахівці надають великого значення спадковості, однак психічні хвороби не можна вважати безпосередньо спадковими. Є багато прикладів, коли в родині психічно хворого не було подібних випадків, або коли з двох однопляцевих близнюків лише один захворює, а інший залишається здоровим. У сім'ях, де обидва батьки мають психічні розлади, іноді народжуються здорові діти. Отже, успадковується не сама хвороба, а лише схильність до неї, а її реалізація залежить від поєднання біологічних і соціальних чинників.

Клінічні дослідження показують, що частота певних психічних захворювань залежить від статі та віку. Так, у жінок через більш виражену емоційність і циклічність частіше спостерігаються афективні розлади, дисоціативні неврози. У чоловіків, навпаки, частіше виявляються алкогольні та посттравматичні психози, що пов'язано з особливостями способу життя та соціальних ролей. У кризові вікові періоди (підлітковий, клімактеричний), які супроводжуються труднощами адаптації та компенсації, підвищується ризик розвитку неврозів, декомпенсацій розладів особистості, шизофренії, пресенільних психозів та інших захворювань.

Для деяких психічних порушень важко чітко відокремити причини від умов їх виникнення. Сучасні наукові гіпотези розглядають такі стани, як шизофренія чи біполярний афективний розлад, як поліетіологічні, тобто такі, що мають багато причин. У патогенезі психічних розладів беруть участь численні механізми: генетичні, біохімічні, імунологічні, нейрофізіологічні, нейроморфологічні та психологічні. Під дією причини, навіть короткочасної, послідовно активуються різні компенсаторні та пристосувальні механізми за принципом ланцюгової реакції.

Патогенез значною мірою визначає клінічну картину, перебіг і наслідки захворювання. Оскільки хвороба розвивається у конкретної людини з індивідуальними особливостями реактивності та адаптації, то й перебіг у кожного пацієнта має свої відмінності.

Дослідження змін психічного статусу має надзвичайно важливе значення для оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів і визначення ступеня прогресування (прогресивності) захворювання. Існують хвороби, які розвиваються швидко та завершуються повним одужанням. До таких належать, наприклад, гострі алкогольні психози, інфекційні захворювання, а також гострі реактивні стани. Водночас інші патологічні процеси мають хронічний і тривалий перебіг, поступово розвиваються, а їх клінічні прояви характеризуються певною послідовністю змін і стадійністю.

У психіатричній практиці зазвичай виділяють чотири основні типи динаміки психічних захворювань:

- ✓ прогресивний — поступово прогресуючий перебіг хвороби;
- ✓ стаціонарний — стабільний, без виражених змін стану;
- ✓ інтермітуючий — фазовий або періодичний, з чергуванням загострень і ремісій;
- ✓ регресивний — такий, що характеризується зворотним розвитком або регресом симптоматики (спостерігається при гострих алкогольних психозах, інфекційних захворюваннях, реактивних станах).

Причини виникнення психічних та поведінкових розладів. Психічні та поведінкові розлади мають складну, багатофакторну природу, яка поєднує дію біологічних, психологічних і соціальних чинників. Жоден із них не є самостійною причиною, а лише у взаємодії формує індивідуальну схильність або безпосередньо спричинює розвиток психічної патології.

До *біологічних (ендогенних)* чинників належать спадковість, генетичні порушення, анатомо-фізіологічні особливості нервової системи, зміни в обміні нейромедіаторів, гормональні зрушення, вік, стать, а також наслідки перенесених соматичних і неврологічних хвороб. Ці фактори створюють основу для зниження стійкості психічних процесів і можуть визначати тип реакції людини на зовнішні подразники.

Психологічні причини охоплюють індивідуальні особливості особистості, низький рівень стресостійкості, порушення емоційної регуляції, невміння долати труднощі, травматичні переживання, внутрішньоособистісні конфлікти, незадоволення потреб у спілкуванні, самореалізації чи безпеці. Психічна травма може виступати як безпосередній пусковий механізм розвитку розладу або як фактор, що ускладнює перебіг уже наявного захворювання.

Соціальні чинники мають значний вплив на формування та прояв психічних і поведінкових порушень. До них належать несприятливі умови виховання, насильство в сім'ї, соціальна ізоляція, низький рівень матеріального забезпечення, професійні та навчальні перевантаження, міграція, війна, безробіття, втрата близьких. Такі обставини підвищують ризик дезадаптації, розвитку депресій, тривожних і стресових розладів, залежностей.

2. Класифікація психічних розладів. В основу класифікацій психічних захворювань покладено кілька принципів: етіологічний, нозологічний та синдромологічний.

Перша класифікація.

Залежно від рівня та глибини порушень усі психічні розлади доцільно поділяти на три групи три різні реєстри психічних порушень:

- ✓ **психотичний,**
- ✓ **непсихотичний,**
- ✓ **дефектно-органічний.**

Психотичні (продуктивні) стани характеризуються наявністю хоча б однієї з таких ознак: потьмарення свідомості, маячні ідеї, галюцинації. За цих станів хворі втрачають критичне ставлення до свого стану і не усвідомлюють його хворобливого характеру.

Непсихотичні (пограничні) розлади проявляються переважно емоційними й вольовими порушеннями (тривожність, нав'язливі думки, страхи тощо). Пацієнти при цьому зберігають критичність, усвідомлюють свій стан і визнають необхідність лікування.

Дефектно-органічні (негативні) розлади виявляються зниженням або втратою інтелектуальних функцій — пам'яті, мислення, пізнавальної активності.

Друга класифікація. За етіологічним принципом психічні захворювання поділяють на такі групи:

1. *Екзогенні* — спричинені зовнішніми шкідливими впливами:
2. а. інфекційними,
3. б. травматичними,
4. с. інтоксикаційними.
5. *Соматогенії та ендокринопатії* — виникають через внутрішні патологічні процеси, зокрема судинні чи ендокринні.
6. *Психогенії* — обумовлені психотравмувальними або стресовими подіями.
7. *Ендогенії* — розлади з не до кінця з'ясованою причиною, у розвитку яких значну роль відіграє спадковість (наприклад, шизофренія, біполярний афективний розлад, генуїнна епілепсія).
8. *Психози вікових періодів зворотного розвитку* — передстаречі (пресенільні) та старечі (сенільні).
9. *Аномалії розвитку особистості* — олігофренії, психопатії.

Третя класифікація. За нозологічним принципом класифікація ґрунтується на окремих захворюваннях — шизофренія, епілепсія, неврози тощо.

Четверта класифікація. За синдромологічним принципом виділяють окремі синдроми: депресивний, галюцинаторний, маячний та інші.

З метою уніфікації підходів і розвитку міжнародного співробітництва у сфері діагностики психічних розладів упродовж останніх десятиліть в Україні застосовується *Міжнародна класифікація хвороб (МКХ)*, розроблена ВООЗ. На сьогодні діє ще 10-й перегляд (*відбувається перехід на МКХ-11*), у якому класифікація психічних розладів побудована на *нозологічному та синдромологічному принципах*.

«Розлади психіки та поведінки» віднесено до V класу МКХ-10, який охоплює основні синдроми та нозологічні форми психічних порушень:

F00-F09. Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (деменція при хворобі Альцгеймера, судинна деменція та ін.).

F10-F19. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголю, опіоїдів, каннабіоїдів, седативних чи снодійних речовин, кокаїну, інших стимуляторів, включаючи кофеїн, галюциногени, вживання тютюну, летючих розчинників).

F20- F29. Шизофренія, шизотипові та маячні розлади.

F30-F39. Афективні розлади настрою (Маніакальний епізод, Біполярний афективний розлад, Депресивний епізод, Рекурентні депресивні розлади та ін.)

F40-F48. Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (Фобійні та інші тривожні розлади, Обсесивно-компульсивний розлад, Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації, ПТСР, Дисоціативні розлади, Соматоформні розлади та ін.).

F50-F59. Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (Розлади прийому їжі (нервова анорексія, нервова булімія, блювання, що поєднується з іншими психологічними порушеннями), Розлади сну неорганічної природи (безсоння, гіперсомнія, розлад режиму сну- неспання, сноходіння, кошмари), Статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом або захворюванням (сексуальна ангедонія, порушення оргазму, передчасна еякуляція, вагінізм, диспареунія), Психічні та поведінкові розлади, пов'язані з пологами і післяпологовим періодом та ін.)

F60-F69. Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (специфічні розлади особистості, Стійкі зміни особистості, які не властиві ушкодженню та захворюванню головного мозку, Розлади звичок та потягів та ін.)

F70-F79. Затримка психічного розвитку (розумова відсталість).

F80-F89. Порушення психологічного розвитку (розлад розвитку мови, шкільних навичок (читання, спелінгування, рахунки), рухових функцій, загальні розлади розвитку (дитячий аутизм, гіперактивний розлад та ін.)

F90-F98. Поведінкові та емоційні розлади, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці (Гіперкінетичні розлади (порушення активності уваги, гіперкінетичний розлад поведінки), Тики, Розлади поведінки (що обмежується умовами сім'ї, несоціалізований, соціалізований, опозиційновикликаючий, депресії). для дитячого віку (тривожний розлад у зв'язку з розлукою, фобічний, соціально тривожний розлад, розлад сиблінгового суперництва та ін.).

3. Характеристика психічних розладів. *Розглянемо детальніше деякі з них.*

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. Психічні та поведінкові розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин (ПАР), становлять одну з найактуальніших медико-соціальних проблем сучасності. Вони охоплюють широкий спектр патологічних станів, що виникають у результаті регулярного чи епізодичного вживання речовин, які впливають на центральну нервову систему, змінюючи свідомість, настрій, мислення, поведінку та психічну діяльність людини. Згідно з *Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10, розділ F10–F19)*, до цієї групи належать психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання алкоголю, опіоїдів, канабіноїдів, седативних і снодійних засобів, кокаїну, інших стимуляторів (зокрема кофеїну), галюциногенів, тютюну та легких розчинників.

Кожна з перелічених речовин може викликати різні клінічні форми порушень — від гострих інтоксикаційних станів до хронічної залежності з тяжкими соматичними, психічними та соціальними наслідками. Залежно від типу ПАР, частоти та тривалості її вживання, а також індивідуальної чутливості організму, формуються різні прояви — зміни настрою, тривожність, агресивність, когнітивні розлади, маячні чи галюцинаторні переживання, а у тяжких випадках — психози з втратою критичності до власного стану.

У МКХ-11 ця група розладів класифікується як *“Mental and behavioural disorders due to substance use or addictive behaviours”*. Відповідно до оновленої класифікації, окрім класичних форм залежності, сюди включено й **поведінкові адикції**, такі як ігровий (gaming) або гральний (gambling) розлад. Новий підхід ґрунтується не лише на факті вживання речовини, а й на оцінці *ступеня втрати контролю, пріоритетності вживання над іншими сферами життя та наявності негативних наслідків для здоров'я та соціального функціонування*.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2023), вживання алкоголю є причиною понад трьох мільйонів смертей щорічно, що становить близько 5 % усіх випадків смерті у світі. Опіоїдні розлади залишаються однією з провідних причин інвалідизації серед молоді, тоді як зловживання психостимуляторами, канабіноїдами, нікотинном і седативними засобами спричиняє значне навантаження на систему охорони здоров'я.

З медико-психологічного погляду, виникнення та розвиток залежності розглядається як результат складної біопсихосоціальної взаємодії, у якій поєднуються чинники різної природи — біологічні, психологічні та соціальні. *Біологічна* схильність охоплює генетичні передумови, особливості обміну нейромедіаторів (дофаміну, серотоніну, ендорфінів), а також індивідуальні відмінності у функціонуванні нервової системи, що визначають підвищену чутливість до психоактивних речовин або схильність до формування звикання. *Психологічні* фактори включають емоційну нестійкість, підвищену тривожність, схильність до депресивних станів, низьку толерантність до стресу, невміння конструктивно долати труднощі, а також дефіцит навичок саморегуляції та контролю власних імпульсів. Такі особистісні особливості роблять людину більш уразливою до пошуку швидких способів зняття напруги, серед яких часто опиняється вживання психоактивних речовин. *Соціальні обставини* створюють сприятливе або, навпаки, стримувальне середовище для розвитку залежності. До них належать хронічні стресові ситуації (наприклад, сімейні конфлікти, економічні труднощі, соціальна ізоляція), доступність речовин, вплив оточення, що толерує або заохочує вживання, а також культурні традиції, які не засуджують надмірне споживання алкоголю чи інших речовин.

У межах цієї групи психічних і поведінкових розладів доцільно детальніше розглянути **алкогольну залежність** як одну з найпоширеніших форм адиктивної патології, що має значний медичний, психологічний і соціальний вплив.

Алкогольна залежність формується як результат біопсихосоціальної взаємодії: вроджена вразливість мозку до дії алкоголю поєднується з психологічними рисами людини та умовами її життя. Біологічна складова включає спадкову схильність, індивідуальну чутливість до «розслаблювального»

ефекту спиртного, швидке формування толерантності (потрібні дедалі більші дози для того самого ефекту) і появу абстиненції (тремтіння, пітливість, тривога, порушення сну, дратівливість) у періоди утримання. *Психологічні чинники* — емоційна нестійкість, тривожність, схильність до депресивних реакцій, імпульсивність і слабкі навички саморегуляції — створюють ґрунт для «самолікування» алкоголем як швидким способом зняти напругу чи сум. Соціальне оточення підсилює або послаблює цей процес: високий рівень стресу, легка доступність алкоголю, толерантні до випивання звички в колі друзів чи на роботі, відсутність альтернативних способів відновлення (спорт, відпочинок, психологічна підтримка) зменшують бар'єри до регулярного вживання.

Клінічні прояви розгортаються поступово. Спершу людина частіше «випиває для настрою» або «щоб легше заснути», з'являється потяг і втрата контролю над кількістю, зникають «безпечні межі». Далі формується толерантність і ранкове «похмілля», яке знімається новою дозою алкоголю. З'являються провали в пам'яті після великих доз, звужується коло інтересів, знижується працездатність, конфлікти з близькими стають звичними. На рівні психічного стану частими є коливання настрою, дратівливість, тривога, відчуття провини та сорому, зниження самооцінки; у частини людей — депресивні епізоди, безсоння, панічні атаки. З часом вживання дедалі менше пов'язане з «задоволенням» і більше — з уникненням поганого самопочуття, абстиненції та внутрішньої напруги.

Лікування ефективне тоді, коли охоплює всі ланки проблеми. На старті важлива відкрита розмова без осуду та короткий скринінг (обговорення частоти, кількості, наслідків). Далі застосовують мотиваційне інтерв'ю, щоб зменшити амбівалентність і сформувані особисту мету змін. Якщо є абстиненція, першим кроком є безпечна детоксикація під медичним наглядом. Після стабілізації працюють з тригерами («коли і чому я п'ю»), навчають навичок саморегуляції (дихальні техніки, сон, планування дня, заміна ритуалів), опановують стратегії відстрочення та відмови в «критичних» ситуаціях. Дієвою є когнітивно-поведінкова терапія для управління потягом і запобігання рецидивам, сімейна терапія для узгодження правил у домі, а також групи підтримки, де людина отримує відчуття приналежності і бачить живі приклади одужання. За потреби лікар може запропонувати медикаментозну підтримку, що зменшує потяг або допомагає утриманню. Важливо паралельно коригувати супутні стани — депресію, тривогу, безсоння — і відновлювати рутину: харчування, сон, фізичну активність, соціальні контакти.

Вплив на сім'ю зазвичай проявляється у зростанні напруги та недовіри, порушенні домовленостей, фінансових проблемах, підвищеному ризику конфліктів і насильства, емоційному виснаженні партнерів і дітей. Близькі часто або надмірно контролюють, або «прикривають» наслідки вживання, що ненавмисно підтримує проблему. Тому родина потребує окремої інформаційної й психологічної підтримки: безпечних правил вдома, чітких меж (що прийнятно, а що — ні), моделей спілкування без звинувачень і сорому, доступу до консультацій. На роботі алкогольна залежність веде до запізнь, пропусків, зниження якості, помилок безпеки, конфліктів у колективі; у відповідь корисні раннє ненасильницьке обговорення з керівником, чіткі очікування, гнучкі кроки повернення до стабільної зайнятості після лікування.

Окрема увага — військовим і ветеранам у нинішніх умовах України. Досвід бою, втрата побратимів, поєднання фізичних і психічних травм, моральні дилеми та тривале напруження збільшують ризик уживання алкоголю як «швидкого знеболення» для сну, тривоги чи спогадів. Додаткові перешкоди — стигма звернення по психологічну допомогу, «культура витримки», нерегулярний режим. Ефективними є конфіденційні консультації, дружні до військових підходи, робота з травматичними спогадами, навички регуляції сну і тривоги без алкоголю, участь побратимів у підтримці, залучення сім'ї, координовані маршрути допомоги від військової частини до цивільних служб. Важливо пропонувати не лише «утримання від алкоголю», а й реальні інструменти подолання симптомів стресу, болю і безсоння, альтернативні ритуали зняття напруги та поетапне відновлення соціальних ролей.

Психічні та поведінкові розлади, зумовлені вживанням опіоїдів, належать до групи залежних станів, що формуються внаслідок дії природних або синтетичних препаратів опіатного ряду (морфін, героїн, кодеїн, метадон, фентаніл тощо). Опіоїди впливають переважно на центральну нервову систему, зокрема на опіоїдні рецептори головного мозку, змінюючи сприйняття болю, емоційний стан і формуючи виражений ейфоричний ефект.

З медико-психологічної точки зору, залежність від опіоїдів має біопсихосоціальну природу. Біологічний компонент представлений змінами в нейрохімічних механізмах — активацією системи «винагороди» мозку, порушенням обміну дофаміну, серотоніну та ендорфінів, що зумовлює появу патологічного потягу до повторного вживання. Психологічний компонент пов'язаний із емоційною нестійкістю, низьким рівнем самоконтролю, схильністю до імпульсивної поведінки, невмінням справлятися зі стресом і пошуком швидких способів зняття психічної напруги. Соціальні фактори включають негативний вплив оточення, доступність наркотиків, сімейну дезадаптацію, соціальну ізоляцію та безробіття. Клінічна картина психічних і поведінкових розладів при опіоїдній залежності включає кілька основних синдромів:

Синдром зміненої реактивності (толерантність) — поступове зниження чутливості до дії препарату, що потребує постійного підвищення дози для досягнення ефекту ейфорії. Психічна залежність — нав'язливе прагнення до вживання речовини, домінування наркотичного потягу над іншими потребами, звуження кола інтересів, втрата контролю над поведінкою. Фізична залежність — виникнення абстинентного синдрому (ломки) при відсутності препарату, що проявляється болями у м'язах, тремтінням, пітливістю, блюванням, тахікардією, тривогою та безсонням.

Психічні порушення — емоційна лабільність, апатія, депресія, агресивність, порушення сну, зниження пам'яті, уваги та інтелектуальної продуктивності. Часто розвиваються нав'язливі думки про вживання, а у стані інтоксикації можуть спостерігатися ейфорія, ілюзорні переживання або дезорієнтація. Поведінкові зміни включають соціальну дезадаптацію, втрату професійних і сімейних зв'язків, схильність до асоціальних вчинків (крадіжки, обман), зниження морально-етичних установок. Людина поступово відмовляється від звичного способу життя, зосереджуючи всі дії на пошуку і вживанні наркотику. Тривале вживання опіоїдів призводить до глибоких органічних і психічних порушень: розладів мислення, волі, емоцій, формування амотиваційного синдрому, деградації особистості, зниження критики до власного стану. Розвиваються серйозні соматичні ускладнення — ураження печінки, серцево-судинної системи, імунodefіцит, інфекційні захворювання (ВІЛ, гепатити).

Психологічна реабілітація таких пацієнтів є складним і тривалим процесом, що передбачає поєднання медикаментозного лікування (детоксикації, замісної терапії), психотерапії, соціальної підтримки та формування нових навичок саморегуляції. Важливу роль відіграє відновлення особистісного сенсу життя, подолання деструктивних патернів поведінки та відновлення соціальної інтеграції.

Лікування психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням ПАР, потребує комплексного підходу, що поєднує медикаментозну терапію, психотерапевтичну підтримку, соціальну реабілітацію та профілактичні заходи. Важливою складовою є профілактика рецидивів, відновлення соціального статусу пацієнта та корекція його мотиваційно-вольової сфери.

Шизофренія, шизотипові та маячні розлади. Даний клас об'єднує шизофренію, як найсерйозніший розлад із цієї групи захворювань, шизотипові стани, стійкі маячні розлади та більш широку групу гострих та психотичних розладів, які швидко минають. **Шизофренія** — це психічне захворювання, що належить до групи ендегенних психозів і характеризується глибокими, специфічними порушеннями мислення, сприйняття, емоцій та волі. Основною особливістю є втрата єдності психічних процесів — мислення, емоцій, поведінки, що призводить до розпаду особистості. На відміну від багатьох інших психічних захворювань, при шизофренії інтелектуальні здібності та свідомість зазвичай зберігаються, хоча з часом можуть з'являтися когнітивні порушення — зниження пам'яті, уваги, здатності до логічного мислення.

Шизофренічні розлади характеризуються:

- викривленням сприйняття реальності;
- порушеннями мислення (розірваність, символізм, резонерство);
- недоречними емоціями (афективна неадекватність);
- загальмованими або, навпаки, безладними реакціями.

Серед типових психопатологічних симптомів:

- відчуття відголосу думок (ніби власні думки звучать вголос);
- проникнення або видалення думок, «читання думок»;
- маячне сприйняття і відчуття впливу ззовні;
- галюцинації, найчастіше слухові (голоси, що коментують або сперечаються між собою);
- розлади мислення (нелогічність, асоціативна розірваність);
- негативна симптоматика — апатія, емоційне збіднення, втрата волі, соціальна ізоляція.

Шизофренія може мати: безперервний перебіг (постійні симптоми з наростанням дефекту), епізодичний (рецидивуючий) з періодами ремісії, або нестабільний тип перебігу. Ремісії можуть бути повними або частковими. Діагноз шизофренії ставиться лише за наявності типових шизофренічних симптомів, що не пов'язані з органічним ураженням мозку чи вживанням психоактивних речовин.

Шизотиповий розлад — це психічний стан, який займає проміжне місце між шизофренією та розладами особистості. Він характеризується дивною, ексцентричною поведінкою, аномаліями мислення та емоцій, що нагадують прояви шизофренії, але без виражених психотичних симптомів, таких як галюцинації або систематизоване маячення.

Основні клінічні ознаки:

- емоційна холодність, байдужість або невідповідність емоційних реакцій;
- ангедонія — відсутність радості від звичних життєвих подій;
- дивна, ексцентрична або незвична поведінка;
- схильність до соціальної ізоляції — уникання контактів, замкненість;
- параноїдні або дивні ідеї, які не досягають рівня маячення;
- надмірна румінація — зациклення на окремих думках чи подіях;
- порушення мислення та сприйняття;
- короткі, квазіпсихотичні епізоди, коли можуть з'являтися надмірні ілюзії, окремі слухові або зорові галюцинації, маячні ідеї — але вони тимчасові й нестійкі.

Перебіг розладу поступовий і хронічний, без чіткої межі між початком і подальшим розвитком. Клінічна картина схожа на розлад особистості, але з глибшими змінами в мисленні та сприйнятті.

Хронічні маячні розлади. До цієї категорії належать стани, при яких маячення є основним або єдиним клінічним симптомом, а інші психотичні ознаки (галюцинації, кататонічні прояви, шизофренічні симптоми) відсутні або виражені мінімально. Тривалість маячних переживань зазвичай становить кілька місяців або років, а у деяких випадках — навіть усе життя. *Маячний розлад (параноя)*.

Основні характеристики:

- наявність одного або серії взаємопов'язаних маячних ідей, що є стійкими і систематизованими;
- тематика маячення може бути різною — переслідування, ревності, отруєння, винахідництво, місія, любов тощо;
- афективні, кататонічні або шизофренічні симптоми практично відсутні;
- слухові галюцинації, якщо з'являються, то епізодичні й не носять характеру «голосів», які коментують або наказують;
- хворі зазвичай добре орієнтуються в часі, просторі, мають збережений інтелект.

Маячний розлад часто має пізній початок (середній або похилий вік) і може тривати роками без суттєвих змін. Приклади: сенситивне маячення (ідеї відношення, надмірна підозрілість), парафренія, інволюційний параноїдний стан.

Гострі та транзиторні психотичні розлади. Ця група охоплює гострі, короткочасні психотичні стани, що характеризуються раптовим початком (протягом кількох днів, максимум — двох тижнів) і вираженими психотичними симптомами — маяченням, галюцинаціями, порушенням сприйняття, поведінковими змінами.

Основні клінічні ознаки:

- гострий, часто раптовий початок на тлі повного психічного благополуччя;
- швидке формування маячних ідей, галюцинацій, емоційної нестійкості;
- дезорганізація поведінки, збентеження, розгубленість;

- орієнтування в часі й просторі може бути порушене, але короткочасно;
- іноді спостерігається сноподібний (онейроїдний) стан із фантастичними переживаннями;
- після гострої фази — повне або часткове відновлення протягом кількох тижнів чи місяців.

Гострі психотичні епізоди часто мають зв'язок із сильним стресом або травматичною подією, що передуює розвитку симптомів.

Афективні розлади настрою. Маніакальний епізод. Афективні розлади — це група психічних порушень, у яких провідним симптомом є патологічна зміна настрою, що супроводжується порушеннями мислення, поведінки та рівня активності. Настрій може бути патологічно зниженим (депресія) або підвищеним (манія). Такі розлади суттєво впливають на соціальне функціонування, працездатність і якість життя людини.

Маніакальний епізод — це стан, що характеризується стійким, безпідставно підвищеним або дратівливим настроєм, надмірною енергійністю, прискоренням мислення й мовлення, підвищеною самооцінкою та зниженням критики до власної поведінки.

Основні клінічні прояви: надмірно піднесений, ейфоричний або дратівливий настрій, не відповідає ситуації; пацієнт відчуває себе «на вершині світу», може заперечувати будь-які проблеми; значне збільшення фізичної та розумової активності; людина постійно у русі, багато говорить, планує, починає безліч справ, але не доводить їх до кінця; мислення прискорене, поверхове, іноді з «стрибками ідей» — швидкою зміною тем без логічного зв'язку; самооцінка: різко підвищена, можуть з'являтися ідеї власної величч, переконаність у наявності особливих здібностей чи місії; знижена потреба у відпочинку — людина може спати 2–3 години, але відчуває себе «повною сил»; знижується критичність, виникають імпульсивні вчинки, безвідповідальні дії, надмірна щедрість, розкута сексуальність, конфлікти в сім'ї та на роботі; стан триває щонайменше один тиждень або коротше, якщо потребує госпіталізації через вираженість симптомів.

Види манії за тяжкістю:

1. Гіпоманія — легша форма; пацієнт збуджений, активний, товариський, проте зберігає контакт із реальністю.
2. Манія без психотичних симптомів — виражене піднесення настрою, але без галюцинацій і марень.
3. Манія з психотичними симптомами — приєднуються марення величч, переслідування чи натхнення, а також слухові або зорові галюцинації.

У хворих спостерігається порушення критики, відсутність усвідомлення хвороби, схильність до ризикованої поведінки. Після завершення епізоду часто виникає виснаження, почуття сорому чи провини за скоєні дії. У міжепізодичному періоді пацієнти можуть усвідомлювати необхідність лікування. Манію слід відрізняти від станів гіперактивації при шизофренії, токсичних психозах, органічних ураженнях мозку або зловживанні психостимуляторами.

Терапія поєднує медикаментозні та психотерапевтичні методи. Основу фармакотерапії становлять нормотиміки (стабілізатори настрою) — літій, вальпроати, карбамазепін, а також атипівні антипсихотики (оланзапін, кветіапін). У гострій фазі застосовують седативні засоби для зменшення збудження й безсоння. Після стабілізації стану важливе психоосвітнє консультування, навчання навичкам контролю настрою, розпізнавання ранніх ознак рецидиву, дотримання режиму сну та уникнення психоактивних речовин.

Маніакальні епізоди часто порушують сімейні стосунки, кар'єру, фінансову стабільність. Через імпульсивність пацієнти можуть втратити роботу, майно або стати жертвами власних рішень. Тому раннє розпізнавання симптомів і своєчасна допомога — запорука профілактики повторних епізодів і збереження соціального функціонування.

Біполярний афективний розлад (БАР). Біполярний афективний розлад — це психічне захворювання, для якого характерна циклічна зміна фаз настрою: маніакальних (або гіпоманіакальних) і депресивних епізодів, що розділені періодами повного або часткового відновлення психічного стану (ремісії). Цей розлад належить до групи афективних порушень, при яких страждають не лише емоції, а й мислення, поведінка, рівень активності, сон і соціальне функціонування.

БАР має біопсихосоціальну природу.

- Біологічні чинники: спадковість відіграє провідну роль — ризик розвитку БАР у родичів першого ступеня зростає у 8–10 разів. Виявлено порушення регуляції нейромедіаторів (серотоніну, норадреналіну, дофаміну) та дисфункцію лімбіко-префронтальних структур мозку, що відповідають за контроль емоцій.
- Психологічні чинники: схильність до емоційних коливань, підвищена чутливість до стресу, перфекціонізм, імпульсивність, низька самооцінка під час депресії та надмірна впевненість у період манії.
- Соціальні фактори: хронічні стреси, втрати, травматичні події, зловживання алкоголем або стимуляторами, порушення сну, робота у змінному графіку, а також воєнні обставини — тривала напруга, розлука з близькими, бойові дії.

Для БАР характерне чергування афективних фаз:

- Маніакальна фаза: підвищений або дратівливий настрій, надлишок енергії, прискорене мислення, гіперактивність, зниження критичності, зменшення потреби у сні, підвищена самооцінка, імпульсивні вчинки.
- Депресивна фаза: пригнічений настрій, втрата інтересу до звичних занять, уповільнення мислення та рухів, відчуття провини, безнадії, думки про смерть або самогубство, порушення сну та апетиту.
- Інтермісії (ремісії): періоди нормального настрою, коли пацієнт може повністю відновити працездатність і соціальні контакти.

Іноді спостерігаються змішані епізоди, коли одночасно поєднуються симптоми манії та депресії (наприклад, тривога, дратівливість, прискорені думки на тлі відчаю).

Типи перебігу БАР:

1. Біполярний I тип: виражені маніакальні епізоди чергуються з депресивними.
2. Біполярний II тип: замість манії виникають гіпоманіакальні епізоди (легші, без психозу), між якими — періоди депресії.
3. Циклотимія: хронічні коливання настрою (менш виражені, але тривалі), що не досягають рівня повноцінних епізодів манії чи депресії.

Пацієнти з БАР часто відчувають нестабільність самооцінки, страх втрати контролю, емоційні коливання навіть у період ремісії. Для них характерні труднощі у прийнятті рішень, імпульсивність, порушення соціальної взаємодії. Після маніакальної фази часто настає період провини, сорому або самозвинувачення за свої дії.

БАР є хронічним, але керованим розладом. Медикаментозна терапія: основою лікування є нормотиміки — препарати, що стабілізують настрій (солі літію, вальпроати, карбамазепін, ламотриджин). У маніакальних епізодах призначають атипичні антипсихотики (кветіапін, оланзапін, рисперидон), при депресивних — обережне використання антидепресантів у комбінації з нормотиміками. Психотерапія: когнітивно-поведінкова терапія допомагає розпізнавати ранні ознаки змін настрою, регулювати емоції, дотримуватися режиму сну та відпочинку, уникати тригерів. Сімейна терапія покращує взаєморозуміння й підтримку. Психосвіта: пацієнтів навчають розпізнавати початок епізодів (зменшення сну, гіперактивність, надмірна впевненість) та звертатися по допомогу до лікаря до появи виражених симптомів.

Без лікування БАР призводить до втрати працездатності, розладу сімейних стосунків, фінансових проблем, зловживання психоактивними речовинами. У періоди манії людина може робити необдумані вчинки, а в депресії — бути схильною до суїцидальних думок.

Для військових і ветеранів БАР може ускладнюватися наслідками бойових дій, травматичним досвідом і порушенням режиму сну, що підвищує ризик рецидивів. Тому таким пацієнтам необхідна тривала підтримка, спостереження психіатра, стабільний режим і психотерапевтичний супровід.

За умови своєчасного лікування й дотримання рекомендацій можливе досягнення тривалих ремісій, відновлення працездатності та соціальної адаптації. Ключовим є усвідомлення пацієнтом своєї хвороби, прийняття необхідності постійного лікування та участі родини в процесі підтримки.

Депресивний епізод належить до групи афективних (емоційних) розладів, у яких провідним симптомом є патологічно знижений настрій, втрата здатності відчувати радість і задоволення, зниження енергетичного потенціалу та загальне уповільнення психічної і фізичної активності. Це не

просто «поганий настрій», а стан, який глибоко змінює мислення, поведінку, мотивацію та сприйняття власного життя.

Депресивний епізод є результатом біопсихосоціальної взаємодії. Біологічні фактори: порушення обміну нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну), гормональний дисбаланс, генетична схильність, хронічні соматичні захворювання, порушення сну. Психологічні чинники: схильність до самозвинувачення, низька самооцінка, перфекціонізм, труднощі у вираженні емоцій, втрата сенсу життя, невирішені внутрішні конфлікти. Соціальні обставини: тривалий або гострий стрес, самотність, втрата близьких, безробіття, еміграція, військові події, соціальна нестабільність.

Під час повномасштабної війни в Україні депресивні стани набули масового характеру, охоплюючи не лише військовослужбовців, а й ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та цивільне населення. Цей феномен пояснюється сукупною дією тривалих психотравмувальних чинників, які впливають на різні рівні психічного функціонування — від біологічного до соціального. *Передусім*, хронічна тривога стала постійним емоційним фоном життя українців. Постійна небезпека, повітряні тривоги, невизначеність майбутнього, інформаційна напруга та очікування нових загроз формують стан гіпернастороженості — людина живе «в режимі готовності до небезпеки». Така тривала активація стресової системи (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі) виснажує організм і призводить до емоційного та фізичного вигорання, порушення сну, дратівливості, втрати концентрації, що поступово може перейти у депресивний епізод.

Другим ключовим чинником є втрати — як реальні (загибель близьких, втрата дому, роботи, соціального статусу), так і символічні (втрата відчуття стабільності, контролю, майбутнього). Сум, безсилля, почуття провини за тих, хто залишився в зоні бойових дій або загинув, формують глибокий внутрішній конфлікт, що живить депресивну симптоматику. Фізичне виснаження — ще один важливий компонент. У військових та волонтерів тривале перевантаження, недосипання, погане харчування, постійна мобілізація організму ведуть до зниження резервів нервової системи. Ветерани після повернення з фронту часто стикаються з постстресовим виснаженням, у якому депресивні прояви переплітаються з симптомами ПТСР: байдужість, апатія, безсоння, відчуження від родини, втрата сенсу.

У внутрішньо переміщених осіб депресивні симптоми часто формуються на тлі соціальної ізоляції та втрати ідентичності. Люди змушені починати життя заново у незнайомому середовищі, часто без належної підтримки, з почуттям відірваності від «дому» і власного минулого. Це створює тривалий стан психологічної дезадаптації, особливо у літніх осіб та молодих батьків.

Цивільне населення, навіть у відносно безпечних регіонах, також перебуває під впливом колективної травми. Хронічне споживання новин про втрати, руйнування, загибель військових і мирних людей викликає вторинну травматизацію — емоційне виснаження, апатію, зневіру, втрату мотивації до роботи чи навчання.

Особливу вразливість демонструють військові та ветерани. Для них депресивний стан часто має змішаний характер — поєднується з агресією, відчуженням, порушенням сну, вживанням алкоголю чи медикаментів «для зняття напруги». Вони нерідко уникають звернення по допомогу через страх стигматизації або переконання, що «треба триматися». Така внутрішня ізоляція поглиблює симптоми депресії, збільшує ризик саморуйнівної поведінки. Для жінок, особливо тих, чії родичі перебувають на фронті або в полоні, характерним є тривожно-депресивний синдром — постійне очікування поганих новин, безсоння, соматичні скарги, відчуття провини, що «живу, поки інші страждають».

Таким чином, поєднання хронічної тривоги, втрат, фізичного виснаження та невизначеності створює перманентне психотравмувальне середовище, у якому депресивні стани розвиваються не лише у схильних осіб, а й у тих, хто раніше не мав психічних розладів. Це вимагає від медичних і психологічних фахівців нових підходів до допомоги: раннього виявлення симптомів, коротких кризових інтервенцій, груп підтримки для військових і переселенців, інтеграції психотерапевтичних та соціальних програм у систему охорони здоров'я. Війна змінила структуру психічних розладів в українському суспільстві — депресія стала не поодиноким випадком, а масовою реакцією на тривале екстремальне середовище, що потребує системної психосоціальної відповіді.

Симптоми депресивного епізоду тривають не менше двох тижнів і проявляються комплексно:

1. Емоційні симптоми: стійке пригнічення настрою, смуток, туга, безнадія; втрата здатності радіти, байдужість до всього, що раніше приносило задоволення; підвищене почуття провини, власної нікчемності, песимізм.
2. Когнітивні симптоми: уповільнення мислення, труднощі з концентрацією уваги, прийняттям рішень; нав'язливі думки про минулі помилки або про смерть; спотворене сприйняття майбутнього («нічого не зміниться», «все безглуздо»).
3. Моторно-вольові симптоми: зниження енергії, втома навіть після відпочинку; уповільненість рухів або, навпаки, психомоторне збудження; труднощі у виконанні звичних справ, уникання спілкування.
4. Фізіологічні прояви: безсоння або надмірна сонливість; втрата або підвищення апетиту, зміна ваги; соматичні скарги — біль у серці, головний біль, відчуття тяжкості у тілі.

Людина часто не усвідомлює хворобливого характеру свого стану, пояснюючи його «життєвими обставинами». Типовими є відчуття безнадії, втрата інтересу до майбутнього, соціальна ізоляція, емоційне оніміння. У тяжких випадках може виникати депресивний ступор або психотична депресія з маячними ідеями провини, самозвинувачення, смерті. Депресивний епізод призводить до значного зниження працездатності, порушення сімейних стосунків, втрати мотивації до навчання, роботи чи соціальної активності. У військових і ветеранів він часто поєднується з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), безсонням, відчуттям відчуженості та провини за події війни. Без лікування це може призводити до зловживання алкоголем або медикаментами як спроби самолікування.

Лікування депресивного епізоду має бути комплексним. Медикаментозна терапія: антидепресанти (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, серотоніну й норадреналіну), за потреби — транквілізатори чи антипсихотики. Психотерапія: когнітивно-поведінкова терапія, міжособистісна терапія, підтримувальні консультації. Психоосвіта: роз'яснення пацієнту природи депресії, формування навичок самодопомоги, відновлення режиму сну, фізичної активності, контактів із близькими. Соціальна підтримка: участь у групах взаємодопомоги, залучення сім'ї, створення стабільного середовища. У тяжких випадках або за наявності суїцидальних ризиків необхідна госпіталізація, іноді застосовуються сучасні методи — транскраніальна магнітна стимуляція або електроконвульсивна терапія.

Більшість пацієнтів одужують за умови своєчасного лікування, однак у частини хвороба має рецидивуючий характер, тому важливо продовжувати підтримувальну терапію, навіть після зникнення симптомів. Без лікування депресія може хронізуватися або переходити у біполярний афективний розлад.

Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

Тривожно-фобічні розлади. Їхня основна ознака — патологічна тривога, що може бути генералізованою, епізодичною або спрямованою на певні об'єкти чи ситуації (фобії). Ці стани часто супроводжуються вегетативними, поведінковими та когнітивними проявами, що суттєво порушують повсякденне функціонування людини.

Страх — це природна емоційна реакція організму на реальну або уявну загрозу, яка має адаптивне значення. Він виконує захисну функцію, мобілізуючи фізичні й психічні ресурси людини для подолання небезпеки або уникнення її. Страх супроводжується типовими фізіологічними проявами — прискоренням серцебиття, напруженням м'язів, підвищенням уваги, потовиділенням, змінами дихання. Помірний страх є нормальним і необхідним для виживання, адже допомагає оцінити ризики, утриматися від небезпечних дій, приймати обережні рішення.

Фобія — це патологічний, надмірний і стійкий страх, який виникає у конкретних, зазвичай безпечних ситуаціях або щодо певних об'єктів, не становлячи реальної загрози життю. Фобічна реакція ірраціональна: людина усвідомлює безпідставність свого страху, але не може його контролювати. Вона або уникає ситуацій, що викликають страх, або переживає виражений дистрес, коли уникнути їх неможливо.

Тривожно-фобічні розлади формуються внаслідок поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників. Біологічно вони пов'язані з підвищеною збудливістю лімбічної системи, дисбалансом нейромедіаторів (передусім серотоніну, норадреналіну, ГАМК) та генетичною схильністю до тривожності. Психологічно — це наслідок неадекватних способів реагування на стрес,

непевненості, негативного досвіду або травматичних подій. Соціально — тривога підтримується надмірною відповідальністю, перевантаженням, нестачею підтримки чи хронічною небезпекою, як-от у сучасних умовах війни.

Основні форми тривожно-фобічних розладів

1. Агорафобія

Характеризується страхом опинитися в ситуаціях, із яких складно вийти або де може бути важко отримати допомогу — натовп, відкриті простори, транспорт, магазини. Людина уникає подібних місць, може залишати дім лише з супроводом або взагалі відмовлятися виходити назовні.

2. Соціальна фобія

Виражається страхом бути осміяним, зганьбленим або негативно оціненим іншими.

З'являється під час спілкування, виступів, роботи в колективі. Часто супроводжується тремтінням, почервонінням обличчя, пітливістю, серцебиттям. У тяжких випадках людина уникає будь-якої соціальної активності.

3. Специфічні (ізолювані) фобії

Це страхи, спрямовані на певні об'єкти або ситуації: висота, тісний простір, політ, павуки, кров, грім, медичні процедури тощо. Людина визнає, що страх перебільшений, але не може його контролювати.

Генералізований тривожний розлад. Характеризується постійною, надмірною, невизначеною тривогою щодо повсякденних подій — здоров'я, фінансів, майбутнього, безпеки рідних. Супроводжується напругою, дратівливістю, порушенням сну, соматичними симптомами (тремор, тахікардія, головний біль).

Панічний розлад. Проявляється повторними нападами паніки — раптовими хвилями інтенсивного страху, що супроводжуються серцебиттям, задихом, запамороченням, тремтінням, страхом смерті або втрати контролю. Напади виникають без очевидної причини і формують страх перед їх повторенням (тривогу очікування).

Пацієнти із тривожно-фобічними розладами часто мають підвищену внутрішню напруженість, низьку стресостійкість, потребу у контролі над ситуацією. Вони зазвичай усвідомлюють ірраціональність свого страху, однак не здатні його подолати. У таких осіб часто спостерігається замкнене коло: страх → фізичні симптоми → зростання тривоги → уникання ситуацій → посилення страху. Під час війни ці стани особливо поширені через постійне відчуття небезпеки, звуки вибухів, сирен, втрату житла, відокремлення від рідних. Люди можуть розвивати страх виходити з укриття, користуватися транспортом, стояти у черзі, або, навпаки, панічно реагують на різкі звуки, що нагадують бойові дії. Тривожно-фобічні розлади суттєво знижують якість життя: людина уникає соціальних контактів, роботи, навчання, пересування. Виникає соціальна ізоляція, що може призвести до депресії або зловживання алкоголем чи седативними засобами для «заспокоєння».

За умов своєчасного звернення, регулярної психотерапії та підтримки, прогноз сприятливий. Людина поступово відновлює контроль над емоціями, повертається до активного життя та соціальної адаптації.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР). Обсесивно-компульсивний розлад — це психічний розлад, який характеризується появою нав'язливих думок (обсесій) та нав'язливих дій (компульсій), що людина сприймає як чужі своїй волі, але не може їм опиратися. Цей стан супроводжується підвищеною тривогою, напруженням і значним погіршенням якості життя. Обсесивно-компульсивний розлад протягом життя зустрічається у 2% населення, частіше у жінок. Розлад зазвичай починається в дитячому або юнацькому віці (в 65% до 25 років) і рідко розвивається після 40 років. У 35% випадків розлад фіксується у найближчих родичів. Більшого значення набувають психогенні чинники.

Обсесії — це нав'язливі думки, образи чи імпульси, які виникають мимоволі, повторюються й сприймаються людиною як небажані, тривожні, безглузді. Вони не відповідають реальній ситуації, але постійно нав'язуються у свідомість, викликаючи сильне внутрішнє напруження. Приклад: постійні сумніви («я не вимкнув газ», «я заражуся мікробами»), нав'язливі страхи шкоди близьким, непристойні думки релігійного або агресивного змісту.

Компульсії — це повторювані, стереотипні дії або ритуали, які людина виконує для зменшення тривоги, спричиненої obsесіями. Вони можуть бути як зовнішніми (миття рук, перевіряння, рахування), так і внутрішніми (мовчазне повторення фраз, молитв). Приклад: багаторазове миття рук після дотику до предметів, перевіряння дверей, вимикачів, надмірне впорядковування речей.

Серед тем obsесій найчастіше зустрічаються нав'язливості забруднення (55%), агресивних дій (50%), симетричності і точності розташування предметів (37%), соматизовані (35%), сказати непристойність на людях, перевірки, чи зачинені двері. Серед рухових нав'язливостей (компульсій) частіше зустрічаються дії з перевірки зробленого (79%), миття та чищення (50%), рахунку (21%), одягання в певній послідовності або нескінченне розправлення одягу. У 80-90% випадках obsесії і компульсії зустрічаються одночасно. В цьому випадку obsесії викликають тривогу, яка веде до появи компульсій. В інших випадках obsесії проявляються без явних чи прихованих ритуалів. Симптоми нав'язливості мають тенденцію розширюватися, наприклад, зачинені двері перевіряються спочатку 1-2 рази, а потім це робиться незліченну кількість разів.

Obsесії й компульсії взаємно підсилюють одна одну: думка → тривога → дія → коротке полегшення → повторення циклу.

Емоційний стан таких пацієнтів характеризується постійною тривогою, напруженням, дратівливістю, почуттям провини й безсилля. Людина усвідомлює, що її дії та думки є безглуздими, але не може їх припинити, оскільки це негайно підсилює тривогу. З часом виникає відчуття виснаження, порушується сон, знижується концентрація уваги, працездатність і соціальна активність. Розлад поступово охоплює все більше сфер життя, обмежуючи свободу та психологічну рівновагу людини.

Пацієнти з ОКР зберігають критичність — вони розуміють, що їхні думки і поведінка ненормальні, однак не можуть їх зупинити. Для них характерні надмірна відповідальність, внутрішня тривожність, страх зробити щось неправильно. У разі невиконання ритуалу рівень тривоги різко зростає, що змушує знову повторювати дію.

ОКР суттєво обмежує соціальну активність: людина витрачає години на ритуали, запізнюється на роботу, уникає контактів, що можуть «спровокувати» тривогу. Виникають конфлікти в родині, зниження продуктивності, ізоляція. Без лікування розлад має хронічний, прогресивний перебіг, періоди загострень чергуються з ремісіями.

Ефективне лікування ОКР базується на поєднанні психотерапії та фармакотерапії. Психотерапія: основний метод — когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зокрема техніка експозиції з попередженням реакції (пацієнта поступово підводять до ситуації, яка викликає obsесію, але забороняють виконувати ритуал). Це формує нові зв'язки — тривога спадає без компульсій. Медикаментозне лікування: застосовують антидепресанти з групи СІЗЗС (флуоксетин, сертралін, пароксетин), іноді у вищих дозах, ніж при депресії; у тяжких випадках додають атипичні антипсихотики. Психосвіта: навчання пацієнта розуміти механізм розладу, техніки саморегуляції, управління стресом, роль уникання та перфекціонізму. Сімейна підтримка: родичам пояснюють, що ритуали не слід підкріплювати («допомагати перевіряти»), натомість — підтримувати впевненість пацієнта в процесі лікування.

ОКР має тривалий перебіг, але за умови раннього звернення й правильної терапії можливе суттєве поліпшення або повна ремісія. Без лікування розлад часто ускладнюється депресією, тривожними станами або соціальною ізоляцією.

Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації. Реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації належать до групи невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, у розвитку яких провідну роль відіграють психотравматичні події, що перевищують можливості психічного захисту та пристосування людини.

Такі порушення розвиваються унаслідок дії надзвичайно сильного або тривалого стресового фактора, який виходить за межі звичайного людського досвіду — бойові дії, терористичні акти, катастрофи, смерть близьких, насильство, втрата житла, вимушене переселення, тяжке поранення чи полон. Сьогодні, в умовах війни в Україні, ці розлади є надзвичайно поширеними серед військових, ветеранів, медиків, волонтерів, внутрішньо переміщених осіб і цивільного населення, яке перебуває під постійним психологічним тиском небезпеки, невизначеності та втрат.

Гостра реакція на стрес виникає безпосередньо після психотравмувальної події або впродовж кількох годин. Гостра реакція на стрес – транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в особистості без видимого психічного розладу у відповідь на надзвичайний фізичний і психічний стрес, який проходить через кілька годин або днів. Її типові прояви — стан шоку, емоційне оціпеніння, розгубленість, неможливість сконцентруватися чи діяти, порушення орієнтації у часі та місці, плаксивість або, навпаки, байдужість. Можуть з'являтися вегетативні симптоми — серцебиття, тремтіння, пітливість, поверхнєве дихання, а також часткові амнезії на подію.

Вплив стресу на людину залежить, з одного боку, від інтенсивності і тривалості стресового впливу, а з іншого боку, від поточного стану психіки і адаптаційних можливостей особистості. Певну роль відіграє і генетична спадковість. Один і той самий стресор може викликати в однієї людини виражену дезорганізацію психіки, а інша – сприйме його як невелику перешкоду.

Цей стан зазвичай короткочасний і минає впродовж декількох днів, але може перейти у більш тривалі форми.

Якщо травматична ситуація була надто інтенсивною або повторювалася, може розвинутися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це один із найскладніших і найпоширеніших психічних розладів сучасності, який виникає як відстрочена або затяжна реакція на подію надзвичайного емоційного напруження, що перевищує звичайні можливості людини до адаптації. До таких подій належать бойові дії, катастрофи, насильство, тортури, смерть близьких, полон, тяжкі травми або тривале перебування в умовах загрози життю. ПТСР класифікується як розлад, пов'язаний із тяжким або тривалим стресом, і включає комплекс симптомів, що охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні зміни.

Основними критеріями ПТСР є нав'язливе повторне переживання травматичної події (інтрузивні спогади, флешбеки, кошмари), уникання всього, що асоціюється з нею, та постійне гіперзбудження нервової системи, що супроводжується тривожністю, дратівливістю, порушенням сну й підвищеною реактивністю на звуки, запахи або візуальні стимули. Людина ніби “застрягає” в минулому, а її мозок постійно відтворює пережиту подію, не дозволяючи повернутися до психологічної рівноваги. Клінічні прояви ПТСР зазвичай розгортаються через кілька тижнів або місяців після травматичної події (від 1 до 6 місяців). Пацієнти відзначають повторне “проживання” події у снах і спогадах, різкі емоційні реакції при нагадуванні про травму, відчуття відчуженості від навколишнього світу, втрату інтересу до звичних занять і труднощі у міжособистісному спілкуванні. Часто виникають епізоди агресії, провини вижившого, внутрішнього сорому або апатії. Людина уникає будь-яких нагадувань про травму — новин, запахів, місць, людей, — але водночас не може звільнитися від неї внутрішньо.

Посттравматичний стресовий розлад має значний соціальний вимір. Війна в Україні створила умови, за яких кількість осіб із симптомами ПТСР зросла до безпрецедентного рівня. За даними МОЗ України (2024), приблизно 30–40% військовослужбовців і ветеранів мають прояви ПТСР, а серед цивільних, які пережили евакуацію, окупацію чи втрату житла, цей показник сягає 15–20%. Особливо вразливими є діти, медики, волонтери та рятувальники, які постійно стикаються з чужими травмами, переживаючи так званий вторинний травматичний стрес. Дослідження українських психологів та нейропсихіатрів свідчать, що при тривалому перебігу ПТСР можуть формуватися вторинні розлади: депресія, генералізована тривожність, зловживання алкоголем або медикаментами, суїцидальні думки. Важливу роль відіграє соціальна ізоляція: люди часто замикаються, втрачають довіру до оточення, уникають спілкування. З часом це призводить до розриву сімейних зв'язків, проблем у роботі та втрати сенсу життя.

Лікування ПТСР потребує комплексного підходу, який включає психотерапію, медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію. Найвищу ефективність мають когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), метод десенсибілізації і переробки травми рухами очей (EMDR), експозиційна терапія та психоедукаційні програми. Дані American Psychological Association (2023) свідчать, що при застосуванні КПТ повна ремісія симптомів досягається у 60–70% пацієнтів. В Україні метод EMDR офіційно впроваджується у програмах психореабілітації військових і ветеранів. Важливим напрямом є психосоціальна підтримка: навіть короткотривала групова робота значно знижує рівень тривожності

та агресивності. Ефективним доповненням є майндфулнес-практики, арт-терапія, тілесно-орієнтовані методи (йога, дихальні техніки), які допомагають відновити зв'язок між тілом і психікою.

Варто пам'ятати, що не всі люди, які пережили травматичну подію, розвивають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Реакція на стрес є індивідуальною і залежить від поєднання біологічних, психологічних та соціальних чинників. Для одних людей травматичний досвід стає джерелом глибоких порушень, а для інших — стимулом до переосмислення життя, зростання і навіть внутрішнього зміцнення.

ПТСР — це не лише хвороба окремої людини, а соціальний виклик для всієї нації, особливо в умовах воєнних дій. Вчасне виявлення симптомів, професійна психотерапевтична допомога, толерантне ставлення суспільства до психічних розладів — це ключові передумови збереження ментального здоров'я та відновлення після колективної травми. Як підкреслюють сучасні психіатри, подолання посттравматичного стресу можливе лише тоді, коли людина отримує не лише лікування, а й відчуття сенсу, підтримки та віри у власне майбутнє.

Розлади адаптації виникають тоді, коли людина не може пристосуватися до змін у житті — втрати близької людини, роботи, дому, соціального статусу, еміграції, вимушеного переселення. *Симптоми* зазвичай розвиваються протягом перших трьох місяців після події й можуть включати депресивний настрій, тривогу, відчуття безпорадності, порушення сну, концентрації, соматичні скарги (головний біль, біль у серці, шлунку). Часто з'являється уникання відповідальності, відмова від активності, апатія або, навпаки, дратівливість і агресивність.

Такі стани означають, що механізми психічного захисту не впоралися з обсягом емоційного навантаження. Людина переживає втрату почуття безпеки, стабільності, віри у власні сили. При цьому рівень тривоги залишається підвищеним навіть тоді, коли загроза вже минула. Унаслідок цього порушується робота пам'яті, уваги, мислення, знижується працездатність, зникає інтерес до звичних занять, а спілкування з близькими стає поверховим або конфліктним.

Лікування реакцій на стрес і розладів адаптації має бути комплексним і поетапним. На першому етапі важлива перша психологічна допомога — спокійна присутність, підтримка, створення відчуття безпеки, короткі запитання без тиску. У подальшому застосовують психотерапію, зокрема когнітивно-поведінкові методи, терапію травми (EMDR, наративна експозиційна терапія), групову й сімейну підтримку. Важливо, щоб пацієнт не залишався ізольованим: повернення до звичних ролей, залучення до соціальної активності, відновлення сенсу життя й майбутніх планів є ключовими для одужання. Для військових і ветеранів ефективними є спеціалізовані програми реабілітації, що поєднують психотерапевтичну, фізичну й соціальну допомогу, групову підтримку побратимів і сімейну інтеграцію.

Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами.

Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями, становлять окрему й дуже важливу групу психічних розладів, що відображають складну взаємодію психічних, соматичних і соціальних процесів. Їх особливість полягає у тому, що патологічні зміни поведінки розвиваються на тлі порушень базових життєвих функцій організму — сну, харчування, статевої активності, фізіологічних ритмів. У таких випадках психічні й тілесні процеси втрачають гармонію: те, що є природною потребою, перетворюється на джерело тривоги, болю або руйнівної поведінки.

У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) ця група охоплює рубрики F50–F59, а в МКХ-11 — розділ “Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and bodily factors”. До них належать розлади харчової поведінки (анорексія, булімія, переїдання), неорганічні розлади сну (інсомнія, гіперсомнія, сомнамбулізм), сексуальні дисфункції неорганічного походження, а також синдроми, пов'язані з періодами гормональної перебудови — післяпологовим або клімактеричним.

Важливо зрозуміти, що такі стани не є проявом слабкості волі чи поганого характеру. Вони виникають унаслідок біопсихосоціальної взаємодії, коли біологічні зміни (гормональні, нейрохімічні, генетичні) поєднуються з психологічними рисами (перфекціонізм, тривожність, емоційна нестійкість) та соціальними обставинами (стрес, соціальний тиск, інформаційне навантаження, культурні стереотипи).

Для кращого розуміння розглянемо кілька найтипівіших прикладів, які дозволяють побачити, як психічні процеси впливають на тілесні функції.

1. Анорексія нервова.

Анорексія нервова — це розлад харчової поведінки, що характеризується навмисним обмеженням їжі з метою схуднення при наявності спотвореного сприйняття власного тіла. Хворі відмовляються від їжі навіть при критичній худорлявості, відчуваючи себе «занадто повними». Формується патологічне коло: страх набрати вагу → жорстке обмеження → фізичне виснаження → ще більший контроль і страх. Поступово виникають гормональні порушення, безсоння, емоційна лабільність, зниження уваги, депресивні тенденції.

Психологічно анорексія часто виникає в осіб із високими вимогами до себе, страхом невдачі, гіперконтролем і низькою самооцінкою. Для багатьох це спосіб утвердити автономію або відчуті контроль над власним життям. Сучасні соціальні фактори — ідеалізація худорлявості, тиск соціальних мереж, культ «ідеального тіла» — лише посилюють ризик.

Лікування потребує мультидисциплінарного підходу: медичного (відновлення маси тіла, електролітного балансу), психотерапевтичного (когнітивно-поведінкові техніки, сімейна терапія) і соціального (освітні програми, формування здорового ставлення до тіла).

2. Булімія.

Булімія проявляється періодами неконтрольованого переїдання, після яких з'являється почуття провини та страх набрати вагу. Щоб нейтралізувати наслідки, пацієнти викликають блювання, голодують, надмірно тренуються або зловживають проносними засобами. Цикл повторюється, створюючи виснаження організму, порушення електролітного балансу, розлади травлення й емоційне виснаження.

На психологічному рівні булімія пов'язана з внутрішньою напругою, тривогою, нестачею емоційної підтримки. Їжа стає засобом «самозаспокоєння», а очищення — способом покарання. Людина одночасно прагне контролю й відчуває його втрату. Для студентів важливо розуміти: такі пацієнти часто зовні виглядають «нормально» і не звертаються по допомогу, поки не виникають серйозні соматичні ускладнення.

3. Інсомнія (розлад сну).

Порушення сну — одна з найчастіших сучасних проблем. Інсомнія — це стан постійних труднощів із засинанням або підтриманням сну, що призводить до денного виснаження, зниження уваги, дратівливості, тривожності. Психогенні порушення сну пов'язані переважно зі стресом, емоційним перевантаженням, змінами біоритмів, надмірним використанням гаджетів перед сном.

В умовах війни такі стани поширені серед військових, переселенців, медиків: люди живуть у режимі постійної тривоги, організм не може перейти в «режим спокою». Нічні спогади, різкі звуки, думки про небезпеку стають причиною безсоння. У таких випадках важливі не лише медикаменти, а й гігієна сну — регулярний режим, відмова від стимуляторів, техніки релаксації, психологічна підтримка, відновлення відчуття безпеки.

4. Сексуальні дисфункції неорганічного походження.

Ця група розладів проявляється зниженням або втратою статевого потягу, аноргазмією, еректильною дисфункцією за відсутності органічних причин. Найчастіше вони пов'язані з психологічними чинниками — стресом, перевтомою, конфліктами у стосунках, тривогою невдачі, травматичним досвідом. У таких випадках пацієнт потребує делікатного підходу: психоосвіти, роботи з емоційним станом, іноді — сімейної психотерапії. Інтимна сфера тісно пов'язана з емоційною безпекою та довірою, і будь-який тривалий конфлікт чи напруга можуть призводити до психосоматичних проявів.

Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями, є показником втрати внутрішньої рівноваги. Їхнє лікування потребує інтегрованого підходу — медичного, психологічного, соціального. Надзвичайно важливо вміти бачити у таких випадках не лише фізичний симптом, а глибинний психологічний зміст — сигнал про потребу в підтримці, розумінні, відновленні гармонії між психічним і фізичним здоров'ям.

Затримка психічного розвитку. Затримка психічного розвитку (ЗПР) — це порушення темпів формування психічних функцій дитини, при якому рівень її пізнавальної, емоційно-вольової та мовленнєвої діяльності відстає від вікової норми, але зберігається потенціал для подальшого розвитку. На відміну від розумової відсталості, при затримці психічного розвитку спостерігається сповільнення, а не стійке обмеження інтелекту, тому за належної педагогічної, психологічної та медичної допомоги

дитина здатна поступово «наздогнати» однолітків. У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) ЗПР не має окремої рубрики, але розглядається в межах специфічних розладів розвитку (F80–F89), тоді як у МКХ-11 такі стани належать до розділу «Neurodevelopmental disorders».

Причини затримки психічного розвитку є різноманітними. Вони можуть бути біологічними — несприятливий перебіг вагітності, родові травми, гіпоксія, інфекції, органічні ураження центральної нервової системи, генетичні фактори — або психосоціальними: емоційна депривація, педагогічна занедбаність, хронічний стрес у сім'ї, низький рівень стимулюючого середовища. У сучасних умовах війни в Україні до цих чинників додаються травматичні події, вимушене переселення, розлука з близькими, втрата домівки, що негативно впливають на емоційний і когнітивний розвиток дітей.

Клінічно ЗПР проявляється нерівномірністю розвитку психічних функцій: окремі сфери можуть бути близькими до норми, тоді як інші суттєво відстають. У когнітивній сфері спостерігаються труднощі концентрації, нестійкість уваги, повільність сприйняття, обмежений обсяг пам'яті, конкретність мислення та складнощі з узагальненням. Мовлення зазвичай формується із запізненням: словниковий запас обмежений, граматику спрощено, діти погано розуміють складні інструкції й мають труднощі у побудові зв'язних висловлювань. Емоційно-вольова сфера характеризується підвищеною втомлюваністю, імпульсивністю, емоційною незрілістю, слабкою мотивацією до навчання, низькою самооцінкою та залежністю від дорослого. У соціальній поведінці відзначаються труднощі у взаємодії з однолітками, уникання колективних ігор, підвищена тривожність або байдужість до оцінки дорослих.

Такі діти часто помилково сприймаються як неуважні чи ледачі, хоча насправді вони мають знижену пізнавальну готовність і потребують індивідуального підходу. ЗПР необхідно відрізнити від розумової відсталості, аутистичних розладів і сенсорних порушень. Головна відмінність полягає в тому, що при затримці розвитку дитина має збережений потенціал до навчання та поступового вирівнювання психічних функцій.

У психологічній та педагогічній практиці розрізняють кілька типів ЗПР: конституційний — коли розвиток сповільнений через індивідуальні особливості дозрівання нервової системи; соматогенний — пов'язаний із хронічними хворобами чи ослабленістю організму; психогенний — спричинений емоційною депривацією або несприятливими умовами виховання; церебрально-органічний — наслідок легких органічних уражень мозку.

Психолого-педагогічна допомога при ЗПР має бути комплексною та тривалою. Вона включає розвиток уваги, пам'яті й мислення через ігрову діяльність, стимулювання мовлення, роботу з дрібною моторикою, створення позитивного емоційного середовища та заохочення навіть незначних успіхів. Важливо формувати в дитини почуття впевненості у власних силах, навички самостійності та внутрішню мотивацію до навчання. Робота має проводитися спільно психологом, логопедом, педагогом і лікарем, а участь сім'ї є ключовою умовою успіху.

Сьогодні, коли багато дітей пережили втрату, страх, вимушену евакуацію або руйнування звичного життя, кількість випадків тимчасової затримки розвитку суттєво зросла. Такі діти часто мають симптоми тривоги, емоційної нестабільності, труднощі концентрації, порушення сну. Їм потрібна не лише медична, а й психологічна підтримка, розуміння та стабільне навчальне середовище. Прогноз при ЗПР зазвичай сприятливий. При своєчасному втручанні більшість дітей поступово наздоганяють однолітків, адаптуються до звичайної шкільної програми та досягають хороших результатів. Затримка психічного розвитку — це не вирок, а лише сигнал про потребу у допомозі. Якщо створити дитині умови для стабільності, підтримки й емоційного прийняття, її психічний розвиток має всі шанси відновитися, а потенціал — реалізуватися повною мірою.

Порушення психологічного розвитку. Порушення психологічного розвитку — це група станів, при яких спостерігається стійке або часткове відхилення у формуванні окремих психічних функцій, таких як мова, сприйняття, емоції, увага, соціальна взаємодія, навчальна діяльність чи поведінка. На відміну від тимчасових затримок, ці розлади мають якісну зміну структури розвитку й зазвичай проявляються на ранніх етапах дитинства, коли мозок ще перебуває в активному процесі дозрівання. Вони відображають нейробіологічні, генетичні та психосоціальні порушення у становленні вищих психічних функцій і можуть поєднуватися з емоційними чи поведінковими проблемами.

У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) ці стани охоплюють рубрики F80–F89, а в МКХ-11 — входять до розділу «Neurodevelopmental disorders». До них належать: розлади

розвитку мовлення, шкільних навичок (читання, письма, рахунку), моторні та координаційні розлади, аутизм, розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), затримка психічного розвитку та комплексні (глобальні) порушення.

Ключовою ознакою таких розладів є ранній початок (найчастіше в перші три роки життя), стійкий перебіг без тенденції до повного самостійного зникнення та вплив на соціальну адаптацію дитини. Водночас своєчасне втручання, корекційна робота, спеціальна освіта й психологічна підтримка дають можливість значно покращити якість життя, навчання й соціальну інтеграцію дитини.

Аутизм (розлади аутистичного спектра, РАС). Аутизм — це глибоке порушення розвитку, яке охоплює емоційно-комунікативну, когнітивну й поведінкову сфери. Він характеризується якісними відхиленнями у соціальній взаємодії, спілкуванні та стереотипністю поведінки.

Перші прояви аутизму зазвичай з'являються до трирічного віку. Батьки можуть помітити, що дитина не реагує на звертання, уникає погляду в очі, не тягнеться до обіймів, не повторює звуків, не виявляє інтересу до спілкування чи спільної гри. Такі діти часто зосереджуються на окремих предметах, деталях, можуть довго повторювати одні й ті самі рухи (махати руками, крутити предмети, розгойдуватися), проявляють стереотипну поведінку. У мовленнєвій сфері можливе пізніше або обмежене формування мови, ехолоалії (механічне повторення фраз), порушення інтонації, буквальне розуміння слів. Емоційна сфера характеризується зниженою здатністю до емпатії, труднощами в розумінні намірів і почуттів інших людей, що ускладнює соціальні стосунки. Разом із цим у деяких дітей спостерігаються вибіркові здібності — до музики, математики, малювання, запам'ятовування чисел або фактів, що свідчить про нерівномірність розвитку психічних функцій.

Етіологічно аутизм є мультифакторним розладом. Сучасні дослідження доводять роль генетичних чинників, які поєднуються з порушеннями нейронних зв'язків, особливо в лобно-скроневих ділянках мозку, що відповідають за соціальну перцепцію й мовлення. Додатковими ризиками можуть бути ураження нервової системи під час вагітності або пологів, інфекції, інтоксикації, гіпоксія. Проте соціально-психологічні фактори (нестача стимуляції, емоційна депривація) не є причиною, а лише впливають на прояви розладу.

З клінічного погляду виділяють три основні компоненти аутизму:

Порушення соціальної взаємодії — байдужість або тривожність у контакті, відсутність спільної уваги, нерозуміння соціальних норм, труднощі в налагодженні дружніх стосунків.

Порушення комунікації — затримка мовлення, відсутність невербальної виразності, нездатність використовувати мову для соціальної взаємодії.

Стереотипна, обмежена поведінка — прагнення до одноманітності, ритуалізація дій, фіксація на окремих темах або предметах, опір змінам.

Супутніми можуть бути гіперчутливість або гіпочутливість до звуків, світла, дотику, порушення сну, харчування, тривожні чи депресивні стани.

Лікування аутизму передбачає раннє комплексне втручання: поведінкову терапію (АВА), методику ТЕАССН, логопедичні заняття, сенсорну інтеграцію, розвиток комунікативних навичок. Психофармакотерапія застосовується лише для корекції супутніх симптомів (агресія, тривога, порушення сну). Важливою складовою є підтримка родини, навчання батьків навичкам взаємодії з дитиною, а також створення толерантного соціального середовища. За умов системної допомоги більшість дітей із РАС можуть навчатися, розвиватися, інтегруватися в суспільство, хоча й потребують тривалої підтримки.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ / ADHD).

РДУГ — це нейророзвитковий розлад, який проявляється постійними труднощами концентрації уваги, підвищеною імпульсивністю та надмірною руховою активністю, що не відповідає віковому рівню дитини. У МКХ-10 цей стан класифікується як «гіперактивний розлад з порушенням уваги» (F90.0).

Ключова особливість РДУГ полягає в невідповідності рівня активності дитини соціальним очікуванням: вона постійно рухається, не може довго сидіти, легко відволікається, забуває інструкції, перебиває інших, діє імпульсивно. Водночас ці прояви не є наслідком виховних помилок чи «непослуху» — вони відображають дисфункцію нейромедіаторних систем мозку, які регулюють увагу, мотивацію та самоконтроль.

Перші ознаки РДУГ зазвичай помітні у віці 4–7 років. Дитина має труднощі з дотриманням правил гри, не може довго зосереджуватися на завданні, легко втрачає інтерес, схильна до конфліктів або імпульсивних дій. У школі це проявляється неусидливістю, забудькуватістю, низькою успішністю при нормальному або навіть високому інтелекті. Через часті зауваження з боку дорослих у таких дітей формується занижена самооцінка, тривожність, емоційна нестійкість.

Етіологічно РДУГ має біологічне походження. Дослідження підтверджують генетичну схильність, особливості розвитку префронтальної кори, зниження активності систем, відповідальних за гальмування імпульсів. Додатковими чинниками можуть бути перинатальні ураження мозку, гіпоксія, інтоксикації, психосоціальні стреси, недостатність сну та рухової активності.

З клінічного погляду виділяють три типи РДУГ:

Переважно неухвально тип — дитина здається «мрійливою», губить речі, не завершує завдання, часто забуває інструкції.

Переважно гіперактивно-імпульсивний тип — постійна рухливість, нетерпіння, схильність перебивати, різко реагувати.

Змішаний тип — поєднання обох проявів.

РДУГ має тривалий, але не фатальний перебіг: із віком симптоми можуть послаблюватися, якщо дитина отримує підтримку, правильно підібране навчальне середовище й терапію.

Лікування є комплексним і включає:

Поведінкову терапію — навчання дитини самоконтролю, формування навичок планування, винагородження за досягнення;

Психоосвітню роботу з батьками та педагогами — створення структурованого розпорядку, чітких правил, емоційної підтримки;

Медикаментозну терапію (під наглядом психіатра або невролога) — застосування психостимуляторів або ноотропних препаратів, що нормалізують роботу нейромедіаторів;

Корекційно-розвивальні заняття — розвиток уваги, пам'яті, координації, соціальних навичок.

Важливо, щоб дитина з РДУГ не відчувала себе «поганою» чи «проблемною». За правильного підходу такі діти можуть проявляти високу енергію, креативність, інтуїцію, лідерські якості — тобто перетворити особливості своєї нервової системи на ресурс.

Контрольні запитання для самоконтролю

1. Поняття психічного розладу.
2. Класифікаційні принципи.
3. Причини (етіологія) психічних розладів.
4. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.
5. Афективні розлади настрою.
6. Тривожно-фобічні розлади.
7. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР).
8. Реакції на тяжкий стрес і порушення адаптації.
9. Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями.
10. Порушення психологічного розвитку.

Рекомендована література

1. Медична психологія: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛПРА, 2022. 300 с.
2. Медична психологія. Міщенко Т.С. Савіна М.В., Штриголь Д.В., Лісна Н.М.: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології: навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 106 с. 3. Джерело
3. Клінічна психологія: навч. посіб. / А. М. Османова, Г.В. Хорунженко. К.: Університет «Україна», 2023. — 183 с.
4. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ: КНТ, 2016. — 369 с.

5.Ільїна П.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2023.163 с.

6.Основи загальної та медичної психології у вищій школі : навч.посіб. / за ред. Р. І. Білобровки, 2018. 286 с.

7. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 208 с

8. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 310 с.

Лекція 4.Патопсихологія особистості: акцентуації характеру, розлади особистості.

Мета: формування у студентів цілісного розуміння патопсихологічних особливостей особистості, зокрема природи, механізмів і проявів акцентуацій характеру та розладів особистості, їх диференціації, клініко-психологічного значення та впливу на соціальну адаптацію людини. Здобувачі освіти повинні засвоїти базові поняття та класифікаційні підходи до вивчення патології особистості, зрозуміти межу між нормою, акцентуацією та психопатією, оволодіти знаннями про основні типи акцентуацій (за К. Леонгардом, А. Лічком) і класифікацію розладів особистості за МКХ-10 / МКХ-11. Важливим є формування навичок психологічного спостереження, етичного підходу і толерантності у роботі з людьми, які мають патологічні риси характеру або особистісні розлади.

План та організаційна структура лекції

Етап проведення	Опис етапу	Рівень засвоєння	Час
Підготовчий	Організаційні питання, перевірка присутності здобувачів вищої освіти	Ознайомлення	5 хвилин
Основний	Актуальність теми лекції. Застосування знань в межах тематики лекції у подальшій фаховій підготовці та у професійній діяльності	Узагальнення, осмислення, розуміння	10 хвилин
	1.Норма та варіанти норми. Поняття «особистість». 2. Акцентуації характеру. 3. Перехід від акцентуації до патології. 4. Розлади особистості.	Узагальнення, осмислення, розуміння	60 хвилин
	Узагальнення та закріплення набутих знань, рефлексія та дебрифінг, відповіді на питання	Закріплення	10 хвилин
Заключний	Надання інформації про тему наступної лекції та завдань для самостійної підготовки	Ознайомлення	5 хвилин
ЗАГАЛОМ			90 хвилин

Теоретичні матеріали

1.Норма та варіанти норми. Поняття «особистість». Проблема особистості — центральна у сучасній психології та психіатрії, адже саме через структуру характеру, систему цінностей і способи реагування проявляється індивідуальна своєрідність людини. У нормі особистість є цілісною системою, яка забезпечує адаптацію, саморегуляцію та соціальну взаємодію. Проте у деяких випадках відбувається дисгармонія розвитку, коли окремі риси надмірно посилюються, стають жорсткими або неадекватними життєвим обставинам. Так формується феномен акцентуацій характеру, який займає проміжне місце між нормою та патологією.

Поняття норми у психології та психіатрії є багатогранним і відображає оптимальний стан психічного функціонування людини, за якого її поведінка, емоції, мислення й мотивація забезпечують ефективну адаптацію до умов життя. Психічна норма — це не жорстко фіксований показник, а

динамічна рівновага між внутрішніми потребами особистості та вимогами середовища. Людина в межах норми зберігає здатність до саморегуляції, критичного мислення, емоційної стабільності, соціальної активності та усвідомленої поведінки.

У психології розрізняють кілька підходів до розуміння норми:

- Статистичний підхід — норма визначається як середній показник, типовий для більшості людей певного віку чи культури.
- Соціально-культурний — норма залежить від традицій, моральних цінностей і очікувань суспільства.
- Клініко-функціональний — норма — це стан, коли психічні процеси збалансовані, а особистість адаптована й працездатна.
- Індивідуально-динамічний — норма є унікальною для кожної людини, оскільки залежить від її темпераменту, досвіду, здібностей і життєвих цілей.

Варіанти норми — це індивідуальні особливості психічної організації, які не виходять за межі соціальної або клінічної адекватності, але створюють своєрідний тип реагування. До таких варіантів належать акцентуації характеру, тимчасові реакції на стрес, емоційні особливості (наприклад, підвищена чутливість або схильність до самоаналізу), що не призводять до дезадаптації.

Поняття особистості є одним із центральних у психології, філософії та психіатрії. *Особистість* — це цілісна система індивідуальних властивостей, соціальних ролей і життєвого досвіду, яка визначає унікальність людини, її спосіб мислення, поведінку, ставлення до себе й оточення.

З погляду сучасної науки, особистість — це інтегративна характеристика людини як суб'єкта пізнання, праці та спілкування, яка формується в процесі соціалізації, виховання, спілкування та саморозвитку. У вузькому значенні — це сукупність стійких психологічних якостей, що забезпечують індивідуальний стиль діяльності та взаємодії зі світом.

Особистість у психологічному розумінні — це цілісна система індивідуально-психологічних властивостей, яка визначає унікальність людини, її ставлення до себе, інших і світу. Вона є результатом взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників і формується в процесі соціалізації, виховання, навчання та саморозвитку. Особистість об'єднує в собі темперамент, характер, потреби, інтереси, цінності, емоції, волю, здібності, моральні принципи та самосвідомість. Саме вона забезпечує цілісність психіки, єдність поведінки та індивідуальний стиль життя людини.

Структура особистості включає кілька взаємопов'язаних рівнів. Біологічну основу становить темперамент — вроджений тип нервової діяльності, що визначає динаміку психічних процесів. Наступний рівень — характер, який формується під впливом досвіду та соціальних взаємин і відображає типові способи поведінки. Інтелектуально-мотиваційна сфера об'єднує пізнавальні процеси (мислення, пам'ять, увагу, уяву) та систему мотивів, потреб і цінностей. Емоційно-вольова сфера відповідає за здатність регулювати емоції, долати труднощі, приймати рішення. Найвищим рівнем виступає самосвідомість — усвідомлення власного «Я», самооцінка, життєві орієнтири та цілі.

Розвиток особистості — це процес становлення людини як активного суб'єкта діяльності й спілкування. Він починається з народження й триває все життя, охоплюючи біологічне дозрівання, соціальне навчання, накопичення досвіду й формування індивідуального світогляду. На цей процес впливають спадковість, середовище, виховання та власна активність особистості. Гармонійно розвинена особистість здатна до самопізнання, самоконтролю, емоційної стабільності, гнучкої адаптації та відповідальної поведінки. Вона вміє поєднувати власні потреби з вимогами суспільства, зберігаючи при цьому внутрішню цілісність і психічну рівновагу.

2. Акцентуації характеру. Характер — це сукупність стійких індивідуальних психологічних особливостей, що виявляються у поведінці, ставленні до інших людей, праці та навколишнього світу. Це динамічна система, яка формується під впливом генетичних, соціальних та культурних факторів, а також самовиховання, і визначає типові для людини способи реагування та взаємодії.

Ключові аспекти характеру:

1. Індивідуальність: кожна людина має свій унікальний характер, що відрізняє її від інших.

2. Стійкість: риси характеру є стабільними та проявляються в різних життєвих ситуаціях, хоча сам характер може змінюватися з часом.

3. Виявлення: характер проявляється в діяльності, спілкуванні та ставленні до різних сфер життя:

- ставлення до інших: доброта, жорстокість, індивідуалізм,
- ставлення до праці: працелюбство, лінь, відповідальність,
- ставлення до себе: самооцінка, самокритичність,
- ставлення до навколишнього світу.

4. Динамічність: характер не є статичним, він формується та розвивається протягом життя під впливом досвіду та соціального оточення.

Характер включає як позитивні, так і негативні якості особистості, а також вольові та емоційні риси. Характер є результатом поєднання вроджених якостей нервової системи та набутих у житті індивідуальних властивостей, що формуються в процесі соціалізації та під впливом генетичних, соціальних і культурних факторів.

Акцентуація, акцентуація характеру — особливість характеру (особистості) людини, що знаходиться в межах клінічної норми, при якій окремі його риси надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибіркова уразливість стосовно одних психогенних впливів при збереженні стійкості, адаптованості до інших. Акцентуації не є психічними розладами, але за певними своїми властивостями схожі з розладами особистості, що дозволяє робити припущення про наявність між ними зв'язку. Згідно з МКХ-10 класифікується як одна з проблем, пов'язаних з труднощами підтримки нормального способу життя.

Акцентуація характеру — це надмірна вираженість окремих рис характеру, що робить людину більш вразливою до певних психогенних впливів, але водночас може сприяти її успішності в інших сферах.

Термін «акцентуація» в 1968 році ввів німецький психіатр Карл Леонгард, який вживав його у словосполученнях «акцентуована особистість» і «акцентуована риса особистості». Він описує акцентуації як надмірно посилені індивідуальні риси особистості, які мають тенденцією до переходу в патологічний стан в несприятливих умовах. Він підкреслював, що акцентуація — це не патологія, а «загострення» окремих рис. Леонгард характеризує акцентуації як «відхилення від норми», але зауважує, що, на його думку, «населення Берліна — це на 50 % акцентуовані особистості і на 50 % — стандартний тип людей». Він розробив також свою класифікацію акцентуацій, в якій можна бачити значний вплив психоаналітичних уявлень про типологію психічних розладів.

У 1977 році Андрій Євгенович Личко (радян. науковець, професор, доктор медичних наук, заступник директора Психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева) на основі робіт Леонгарда розвинув концепцію і почав використовувати словосполучення «акцентуація характеру», вважаючи особистість надто комплексним поняттям для акцентуацій. Розроблена ним типологія має явну прив'язку до класифікації психопатій і, крім того, призначена тільки для підліткового віку.

Поняття «акцентуація» близьке до поняття «розлад особистості». Основною відмінністю є те, що три основні характеристики розладу особистості (вплив на всі сфери життя людини, стабільність у часі, соціальна дезадаптація) ніколи не присутні в акцентуації одночасно:

Акцентуована особистість реагує гостро лише на певні ситуації, що зачіпають її слабкі місця (специфічні психогенні впливи). Натомість людина з розладом особистості реагує неадекватно майже на всі життєві обставини, оскільки її поведінка та емоції постійно визначаються особливостями самого розладу — він впливає на всі сфери життя.

Акцентуації можуть найбільш яскраво проявлятися тільки протягом певного періоду життя людини (наприклад підліткового періоду) і зазвичай згладжуються з часом, тоді як для розладів особистості характерна поява на ранніх періодах життя і стабільність чи посилення проявів протягом життя (стабільність у часі). Акцентуації можуть не призводити до соціальної дезадаптації взагалі або призводити до неї лише на нетривалий час, в той же час, розлади особистості заважають такій адаптації постійно (соціальна дезадаптація).

А. Є. Личко виділяє два ступені вираженості акцентуацій:

-Явна акцентуація — крайній варіант норми. Акцентуовані риси характеру досить виражені протягом усього життя. Компенсації не відбувається навіть при відсутності психічних травм.

-Прихована акцентуація — звичайний варіант норми. Акцентуовані риси характеру виявляються в основному при психічних травмах, але не призводять до хронічної дезадаптації.

За час існування поняття «акцентуація» було розроблено декілька типологій акцентуованих особистостей. Перша з них (1968 рік) належить автору концепції, Карлу Леонгарду. Наступна

класифікація була розроблена Андрієм Євгеновичем Личком 1977 року та здобула більшу популярність.

За О. Личком, існує 11 типів підліткових акцентуацій характеру: гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астено-невротичний, сенситивний, психастенічний, шизоїдний, епілептоїдний, істероїдний, нестійкий та конформний. Ці типи описують крайні варіанти норми, де певні риси характеру є надмірно вираженими, що може проявлятися в періоди психічних травм або протягом усього життя, іноді межуючи з психопатіями.

Гіпертимний тип акцентуації — це своєрідний психологічний феномен, який поєднує надлишкову життєву енергію, оптимізм і потребу в постійній активності. Для людей цього типу характерна стійка тенденція до підвищеного фону настрою, що не залежить від зовнішніх обставин. Вони живуть із відчуттям внутрішнього піднесення, невичерпного тону, потреби діяти, спілкуватися, створювати, бути в центрі подій. Такі індивіди демонструють високу психічну й фізичну активність, прагнуть брати участь у багатьох справах одночасно, часто переоцінюючи власні можливості. Їхня працездатність висока, але їм важко довго зосереджуватись на одноманітній діяльності — гіпертимік живе імпульсом, моментом, енергією натхнення. Він швидко захоплюється, але так само швидко втрачає інтерес, що зумовлює поверховість у справах і нестачу послідовності.

У соціальній взаємодії гіпертимні особистості відкриті, ініціативні, висококомунікативні. Їм легко вступати в контакт, вони заводять численні знайомства, часто виступають неформальними лідерами у групі. Для них природна жвава міміка, експресивна жестикуляція, швидкий темп мовлення, схильність до імпровізації та гумору. Вони не терплять ізоляції, нудьги, обмежень чи рутинної роботи — саме зміна, новизна та рух є для них джерелом енергії. З дитинства гіпертимні діти вирізняються непосидючістю, самостійністю, підвищеною ініціативністю та прагненням до самовираження. Вони рано починають відстоювати власну думку, часто ігнорують субординацію у стосунках із дорослими, схильні до порушення дисципліни, особливо у ситуаціях, що обмежують їхню свободу. У навчанні демонструють швидке схоплення матеріалу, але через відволікання та брак систематичності результати бувають нестійкими. Емоційна сфера гіпертиміка відзначається позитивною домінантою — він рідко впадає у депресію, швидко відновлює рівновагу після невдач, схильний до жартів навіть у складних обставинах. Проте його оптимізм може перерости в недооцінку ризику, легковажність або схильність до авантур. Висока потреба у враженнях іноді штовхає таких людей до небезпечної поведінки — зловживання алкоголем, азарту, порушення соціальних норм. У міжособистісних стосунках гіпертиміки часто є душею компанії, але їхня поверховість у почуттях та імпульсивність можуть спричинити конфлікти. Вони потребують постійної динаміки — і якщо оточення не відповідає цьому ритму, швидко шукають нове середовище, де можна знову відчути драйв і свободу. З клініко-психологічної точки зору, гіпертимна акцентуація — це приклад "світлої" енергійної особистості, яка легко надихає інших, але водночас потребує зовнішньої організації та контролю. У сприятливих соціальних умовах гіпертимік — ініціатор, новатор, мотиватор, у несприятливих — може стати імпульсивним, безвідповідальним або схильним до девіантної поведінки.

Циклоїдний тип акцентуації є одним із найцікавіших і найпарадоксальніших варіантів особистісної динаміки, адже він відображає циклічну зміну емоційного стану людини, що наближає її до межі між нормою й афективними розладами. Основна особливість цього типу — періодичне чергування фаз піднесеного настрою (гіпертимної) та фаз пригніченості (субдепресивної), які природно змінюють одна одну, створюючи своєрідну емоційну "пульсацію" життя. У дитинстві такі особи, як правило, не вирізняються особливими відмінностями від однолітків, часто нагадують гіпертимів — жвавих, активних, компанійських дітей, що швидко адаптуються до нових умов. Проте з настанням підліткового віку, особливо у період статевого дозрівання (16–18 років), з'являються перші ознаки емоційної хвилюватості. Настає субдепресивна фаза, яка проявляється апатією, виснаженням, песимістичним поглядом на життя, підвищеною дратівливістю. Звичні заняття перестають приносити задоволення, знижується працездатність, виникає відчуття власної непотрібності або нереалізованості. Навіть незначні невдачі або критичні зауваження сприймаються надмірно болісно, можуть викликати образу, замкнутість або короточасну ізоляцію.

Ці фази зазвичай короточасні — тривають 1–2 тижні, після чого настає період емоційного підйому, коли особа повертає собі активність, оптимізм і комунікабельність. У гіпертимній фазі циклоїди стають життєрадісними, ініціативними, схильними до жартів і нових знайомств, швидко

“надолужують згаяне” в навчанні чи роботі. У цей період вони нагадують класичних гіпертиміків: шукають компанію, прагнуть вражень, не терплять самотності й обмежень.

Зміни фаз відбуваються поступово — немає різких “зламів”, як при маніакально-депресивних розладах, тому люди з циклоїдною акцентуацією часто сприймаються оточенням як “емоційно мінливі” або “настрійні”. Їхні інтереси та захоплення нестійкі: під час емоційного підйому вони ставлять перед собою великі цілі, а під час спаду — втрачають мотивацію й кидають розпочате. Особливе значення мають реакції в період субдепресії. Саме в цей час підвищується емоційна чутливість до критики, спостерігається схильність до самообвинувачення, песимістичне сприйняття майбутнього, іноді — суїцидальні думки. Саме тому циклоїдні особи нерідко потрапляють у поле зору психіатра після афективних криз або спроб самогубства. Водночас у фазі емоційного піднесення ці люди легко соціалізуються, проявляють лідерські якості, активність і творчість. З патопсихологічної точки зору, циклоїдна акцентуація демонструє варіативність емоційного реагування як природний механізм психічної адаптації. Така особистість ніби “дихає настроєм”, чергуючи фази активності й відновлення, що дозволяє зберігати психологічну рівновагу. Однак при надмірному посиленні цих коливань або впливі хронічного стресу можлива трансформація в циклотимічний або біполярний афективний розлад.

Лабільний тип акцентуації характеризується підвищеною емоційною чутливістю та вражаючою мінливістю настрою, яка може змінюватися навіть через незначні події або слова. Це люди з надзвичайно розвиненою емоційною сферою, схильні до глибоких переживань, щирих почуттів і сильних прив’язаностей. Їхня душевна організація відзначається делікатністю, вразливістю та потребою у теплій, стабільній емоційній підтримці. З раннього дитинства такі особи часто відрізняються підвищеною чутливістю до емоційного клімату в сім’ї, легко реагують на похвалу або осуд, настроїв близьких і навіть дрібні конфлікти. Деякі діти цього типу схильні до невротичних реакцій, особливо у ситуаціях нестачі уваги чи любові. Вони болісно сприймають розлуку з тими, до кого прив’язані, або будь-які прояви емоційної байдужості з боку значущих осіб. Навіть коротке відчуження або холодність з боку батьків, друзів чи вчителів може викликати у них сильну тривогу, смуток або відчай. Основна риса лабільного типу — емоційна мінливість, що поєднує ніжність і ранимість із потребою в прийнятті. Настроїв таких людей часто змінюється без глибоких зовнішніх причин: похмурість може раптово перейти в піднесення після доброго слова, усмішки чи невеликої радості. Ця властивість має не лише психологічний, а й фізіологічний компонент — вегетативна лабільність, тобто схильність до коливань пульсу, тиску, почервоніння обличчя, тремтіння, що супроводжує емоційні переживання. Незважаючи на свою крихкість, лабільні особистості вирізняються щирістю, добротою і співчуттям. Вони мають виражену соціальну чутливість — вміють помічати настрої інших, тонко реагують на зміни в емоційному тоні спілкування. Для них важливо відчувати себе потрібними, цінними, емоційно прийнятими. Вони здатні на глибоку відданість і любов, але через надмірну чутливість іноді стають залежними від оцінки оточення. У підлітковому віці лабільні юнаки та дівчата часто тягнуться до спілкування, шукають підтримки у ровесників і дорослих, легко прив’язуються до авторитетних осіб. Їм властива висока товариськість, доброзичливість, схильність до емоційного співпереживання. Водночас вони потребують особливо делікатного ставлення — грубість або несправедливість можуть надовго вибити їх із рівноваги. Лабільні особистості не схильні до конфліктності, але внутрішньо глибоко переживають емоційні втрати. У дорослому віці вони здатні до щирих, міцних стосунків, до проявів турботи, самопожертви й вірності. Їхній психічний світ наповнений тонкими переживаннями, співчуттям і любов’ю до близьких, але ця емоційна глибина потребує стабільності й доброзичливого середовища. Патопсихологічно лабільний тип демонструє високу афективну резонансність — здатність швидко й сильно реагувати на емоційні стимули. Це робить таких людей надзвичайно емпатійними, але водночас уразливими до психотравм. У сприятливих умовах вони проявляють себе як тонкі психологи, турботливі друзі, уважні співрозмовники, але в ситуаціях емоційної нестабільності можуть впадати у короточасні депресивні або істероїдні реакції.

Астено-невротичний тип акцентуації характеризується поєднанням підвищеної втомлюваності, емоційної нестійкості та схильності до надмірної саморефлексії, особливо щодо власного фізичного та психічного стану. Основою цього типу є астенична слабкість нервової системи, що зумовлює швидке виснаження при тривалих або напружених діях, а також низьку толерантність до

стресу. Такі люди часто справляють враження акуратних, сумлінних, відповідальних, проте їхня працездатність має хвилюподібний характер: короткі періоди підвищеної активності швидко змінюються знесиленням, дратівливістю, відчуттям перевтоми. Для них типовою є емоційна гіперчутливість — навіть незначні труднощі чи критика можуть викликати афективну реакцію, сльози або спалах роздратування. Після емоційних вибухів вони зазвичай відчують сором, провину або потребу вибачитися, що свідчить про збережену моральну регуляцію, але й про внутрішню напругу. Виснаженість проявляється не лише фізично, а й психічно — знижується концентрація уваги, страждає пам'ять, погіршується здатність до тривалого інтелектуального напруження. Такі особистості потребують чіткого режиму, достатнього сну, регулярного відпочинку. В умовах перевтоми або конфліктних ситуацій вони реагують загострено — стають метушливими, невпевненими, схильними до песимізму та соматичних скарг.

Характерною рисою є схильність до іпохондрії — надмірної уваги до свого здоров'я, схильності шукати ознаки хвороби, перебільшувати незначні фізичні симптоми. Цей фокус на власному самопочутті формує замкнене коло: тривога за здоров'я підвищує напруження, а напруження, у свою чергу, посилює втому та соматичні реакції. У таких людей турбота про самопочуття часто стає домінуючою темою роздумів і планів на майбутнє.

Попри внутрішню вразливість, представники астено-невротичного типу акуратні, дисципліновані та добросовісні. Вони прагнуть виконувати обов'язки ретельно, часто схильні до перфекціонізму, бо потребують почуття стабільності та контролю. Їм важливо мати чітку структуру діяльності й розуміти очікування від себе. У спокійній, доброзичливій атмосфері вони працездатні, уважні й здатні до якісної, ретельної роботи.

Астено-невротичні особистості важко переносять змагання, тиск і невизначеність, тому у сфері діяльності віддають перевагу завданням, які не потребують надмірного психоемоційного навантаження. Вони швидко виснажуються при тривалій конкуренції, перевантаженні, нестачі сну або стресових подіях. У таких ситуаціях можуть виникати афективні зриви — короткочасні вибухи гніву, роздратування чи розпачу, особливо якщо вони усвідомлюють, що поставлені цілі недосяжні. З клініко-психологічної точки зору, цей тип часто розглядається як преморбідний фон для розвитку невротичних розладів, зокрема неврастенії, obsесивно-компульсивних чи тривожних реакцій. Його психодинаміка базується на внутрішньому конфлікті між високими вимогами до себе та обмеженими енергетичними ресурсами. Постійне прагнення бути ідеальним при швидкому виснаженні породжує роздратування, почуття провини, сумніви й тривожність. Разом із тим, за умов розуміння, стабільності та підтримки такі особистості проявляють високу сумлінність, надійність і моральну чутливість. Вони потребують не стільки зовнішньої стимуляції, скільки емоційного комфорту, упорядкованого режиму і позитивного підкріплення. У професійній та міжособистісній сфері астено-невротики здатні до значних досягнень — за умови, якщо їм забезпечити достатній відпочинок і відчуття безпеки.

Сенситивний тип акцентуації. Особи з сенситивним типом акцентуації з дитинства не люблять галасливих ігор, уникають ризикованої діяльності, дуже вразливі, для них є характерним почуття власної неповноцінності, боязкість, страх і сором'язливість у спілкуванні з іншими. У підлітковому віці вони часто стають об'єктами насмішок. Вони легко здатні проявляти доброту, спокій і взаємодопомогу. Навчаються старанно, побоювання виникають стосовно контрольних, іспитів, нерідко відповідей на уроках. Їхні інтереси лежать до інтелектуально-естетичної сфери, їм важливо соціальне визнання. У типу акцентуації дві основні якості — підвищена вразливість і загострене почуття неповноцінності. Зазвичай вони проявляються у віці 16-18 років, коли звичний шкільний стереотип змінюється на трудовий або на навчання в іншому навчальному закладі і потрібно налагоджувати нові контакти. Почуття неповноцінності часто "маскується" реакцією гіперкомпенсації: боязкі і сором'язливі поведуться розкуто і зарозуміло, сором'язливі прагнуть продемонструвати свою життєрадісність і товариськість, а для подолання страху обирають екстремальні види спорту. Вони не схильні до алкоголізму, делінквентності, вразливі до ставлення до них оточуючих.

Психастенічний тип акцентуації вирізняється глибокою схильністю до самоаналізу, рефлексії та постійних сумнівів, що поєднуються з підвищеною відповідальністю і страхом зробити помилку. Для таких людей характерна внутрішня тривожність, орієнтація на контроль, розсудливість і прагнення до впорядкованості, які, однак, часто супроводжуються нерішучістю та схильністю до

зайвих роздумів. Вже з підліткового віку особи цього типу демонструють високу вимогливість до себе, надмірну обережність і схильність до передбачення всіх можливих наслідків своїх дій. Вони уникають ризику, бояться невдач, намагаються діяти тільки тоді, коли впевнені у правильності рішення. Проте через постійне “зважування” аргументів і прагнення до досконалості рішення часто відкладаються, що створює внутрішній конфлікт між бажанням діяти й страхом помилитися.

Психастеніки надзвичайно відповідальні, пунктуальні та дисципліновані, рідко порушують правила, старанно виконують обов’язки. Їхня поведінка спокійна, виважена, без різких емоційних коливань. Настрій зазвичай рівний, однак у стресових умовах може з’являтися напруга, тривожне передчуття або почуття провини навіть за незначні промахи. У спілкуванні вони ввічливі, коректні, але стримані, важко йдуть на контакт з новими людьми.

Основні психологічні риси психастенічної особистості — нерішучість, схильність до сумнівів, підвищений самоконтроль і тривожне мислення. Вони часто застряють на дрібницях, багаторазово перевіряють зроблене, бояться не впоратися з відповідальністю або підвести інших. Така тривога може набувати нав’язливого характеру — виникають obsесивні думки, страхи (“а раптом щось станеться”, “а якщо я зроблю неправильно”) і ритуальні дії (наприклад, повторні перевірки, рахування, молитви), які тимчасово знижують напруження.

Для психастенічного типу типовими є фобії та невротичні реакції, особливо у ситуаціях, коли від них вимагають швидких рішень або високої відповідальності. Вони відчувають сильний дискомфорт, коли потрібно брати ініціативу чи виступати публічно. Уникання конфліктів і страх помилки часто призводять до пасивної поведінки, надмірного самоконтролю або внутрішньої скутості.

Фізичний розвиток таких осіб, особливо у підлітковому віці, зазвичай помірний або ослаблений, що може посилювати відчуття власної вразливості. Вони не схильні до агресії, девіантної чи демонстративної поведінки; навпаки, їхня моральна надійність і чесність часто викликають повагу. Водночас підвищена тривожність і схильність до рефлексії можуть призвести до психоемоційного виснаження. Психастенічні риси особливо проявляються у зрілому віці — між 20 і 40 роками, коли на людину покладається більша відповідальність. У цей період можливе формування obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) або тривожних неврозів, особливо за умов хронічного стресу, перевантаження чи морального тиску. Такі люди нерідко “застрягають” у думках, створюють надмірно жорсткі внутрішні стандарти й піддаються самообвинуваченню. Водночас, за сприятливих умов, психастенічна особистість — це зразок надійності, передбачливості й моральної стабільності. Вони здатні бути чудовими фахівцями там, де потрібна точність, аналітичне мислення й відповідальність: у науці, юриспруденції, медицині, бухгалтерії. Їхня схильність до самоаналізу і прогнозування може стати не слабкістю, а ресурсом — за умови підтримки, довіри і відсутності надмірного тиску.

Шизоїдний тип акцентуації вирізняється глибокою замкненістю, внутрішньою ізоляваністю та прагненням до самотності, що поєднується з розвиненим внутрішнім світом і незалежністю мислення. Для таких людей характерна потреба у відокремленні від соціуму, небажання або нездатність брати участь у надмірно емоційних або масових формах спілкування. Вони живуть більше у світі власних думок, ідей та уявлень, ніж у зовнішній реальності.

Основні риси цього типу — інтровертованість, емоційна відстороненість, дефіцит емпатії та труднощі у встановленні міжособистісних контактів. Шизоїд сприймає соціальні взаємини не як джерело енергії, а як фактор втоми чи напруження. Йому бракує інтуїції у розумінні емоцій інших людей, невербальних сигналів, тонкощів спілкування, тому у соціальних ситуаціях він часто виглядає скуто, холодно або відчужено. Проте цей зовнішній емоційний холод не означає байдужості — внутрішнє життя шизоїда надзвичайно насичене, хоча воно майже завжди приховане від оточення. З дитинства такі люди схильні до самозаглиблення, фантазування, творчих занять, які не вимагають тісної взаємодії з іншими. Їм комфортно наодинці, у сфері власних захоплень — читання, наукових інтересів, технічної творчості або мистецтва. Вони часто рано формують вузьке, але глибоке коло інтересів, у якому досягають високої компетентності. Їхні захоплення можуть здаватися дивними або незрозумілими іншим, однак для самих шизоїдів вони є джерелом внутрішньої гармонії й сенсу життя.

У поведінці шизоїди стримані, небагатослівні, неемоційні, рідко виражають свої почуття або симпатії. Для них характерне невміння демонструвати прихильність, хоча у глибині душі вони здатні до глибоких, тривалих переживань. Відсутність зовнішньої емоційності часто помилково сприймається як байдужість або черствість. Насправді ці люди гостро переживають власну самотність

і невміння налагодити теплі стосунки, однак компенсують це багатим внутрішнім світом, інтелектуальною діяльністю чи творчістю.

Для шизоїдів характерна висока незалежність суджень, вони не схильні до конформізму, мислять нестандартно, часто оригінально. Вони цінують свободу думки, відчувають дискомфорт у середовищі, яке вимагає емоційної відкритості або поверхневих соціальних контактів. Такі люди можуть здаватися “не від світу цього” — надто серйозними, замисленими або відірваними від реальності, однак їхні судження часто глибокі, точні й неупереджені.

Емоційні реакції у них приглушені, а потреба у спілкуванні зведена до мінімуму. Проте, якщо шизоїд знаходить співрозмовника, який поділяє його цінності або інтелектуальні інтереси, він здатен на тривалу відданість і глибоку дружбу. Водночас емоційна вразливість і внутрішня напруга можуть спонукати таких людей до епізодичного вживання алкоголю або інших способів зниження психологічного бар’єру, але без схильності до залежності.

Психологічно шизоїдний тип акцентуації відображає дисбаланс між раціональною та емоційною сферами: інтелект домінує над почуттями, аналітичність — над спонтанністю, відсторонене спостереження — над співпереживанням. У соціальній поведінці це проявляється як емоційна холодність, некоммунікбельність, обережність у вираженні емоцій, що водночас може бути формою психологічного захисту від перенавантаження контактами. Попри це, шизоїди не демонструють девіантної поведінки чи соціальної дезадаптації. Вони надійні, спокійні, працездатні, особливо в діяльності, що не вимагає активного спілкування. Серед них часто зустрічаються науковці, аналітики, програмісти, художники, музиканти — люди, для яких внутрішня концентрація і незалежність мислення є запорукою успіху.

Епілептоїдний тип акцентуації — це яскраво виражений варіант характерологічної організації, у якій домінують риси збудливості, напруженості та схильності до афективних вибухів, що поєднуються з педантичністю, акуратністю та прагненням до порядку. Такі особистості відзначаються в’язкістю емоційних і мисленневих процесів, схильністю до накопичення афекту, який раптово може виливатися у спалах гніву чи агресії.

Для них характерний стан дисфорії — зловісно-тужливого, похмурого настрою, у якому поєднуються пригніченість, дратівливість і внутрішнє напруження. У такому стані епілептоїдна людина може бути небезпечною для оточення: будь-яке зауваження, дрібна образа або порушення її правил сприймається як особиста загроза. Афективні вибухи у них часто бувають раптовими, короткочасними, але дуже інтенсивними, супроводжуються агресивними діями, гнівом, лайкою, а іноді й проявами жорстокості. Позбавлені внутрішнього спокою, епілептоїди водночас прагнуть до зовнішнього контролю, стабільності й порядку. Їм властиве педантичне дотримання правил, надмірна охайність, дріб’язковість, схильність до контролю не лише власної поведінки, а й поведінки інших. Вони можуть бути вкрай вимогливими, авторитарними, нетерпимими до порушення дисципліни. Такі риси, у поєднанні з ригідністю мислення, часто призводять до конфліктів як у професійному, так і в особистому середовищі.

У повсякденній поведінці ці люди демонструють акуратність, пунктуальність, надмірну точність і схильність до формалізму. Вони дбають про своє здоров’я, побут, власний комфорт і матеріальне благополуччя, часто виявляють скупість і прагнення до накопичення. Епілептоїд надає великого значення дрібницям, іноді до абсурду дотримується інструкцій або моральних норм, навіть якщо це шкодить справі. Така скрупульозність є не лише рисою характеру, а й формою компенсації внутрішньої інертності — прагненням тримати світ у чітких межах, аби уникнути хаосу, який він боїться і внутрішньо не переносить.

Мислення у представників цього типу в’язке, інертне, конкретне — вони довго зосереджуються на деталях, важко переключаються, прагнуть повної визначеності. Ця властивість може бути корисною у професіях, що потребують ретельності та точності (наприклад, у бухгалтерії, військовій чи адміністративній сфері), але водночас ускладнює творчість і гнучкість.

У стосунках з людьми епілептоїди прагнуть до домінування, контролю та підпорядкування, що часто створює напруження у спілкуванні. Їхній стиль поведінки відзначається прямолінійністю, нетерпимістю до заперечень і ревностями у міжособистісних зв’язках. Особливо яскраво це проявляється в інтимній сфері: вони власницькі, ревниві, підозрілі, можуть сприймати навіть невинну увагу партнера до інших як загрозу зраді. Злопам’ятність і схильність до помсти — ще одна характерна

риса. Епілептоїди довго пам'ятають образи, не пробачають навіть дрібних порушень своєї гідності, прагнуть “відплатити” або відновити справедливість за власними уявленнями. На емоційному піку вони здатні на демонстративні дії — псевдосуїцидальні спроби, агресивні випадки або руйнівні вчинки, що покликані не стільки завдати шкоди собі, скільки викликати почуття провини в іншого.

Серед представників цього типу нерідко спостерігаються епізоди алкогольного сп'яніння, які супроводжуються афективними вибухами, проявами агресії, руйнівною поведінкою. Алкоголь не викликає у них ейфорії, а радше знімає внутрішнє гальмування, посилюючи схильність до конфліктів і насильства. Попри ці складні риси, епілептоїдний тип не є патологічним: у сприятливому середовищі такі люди здатні проявляти надійність, відповідальність, працьовитість, пунктуальність і високу здатність до організованої діяльності. Їхня внутрішня енергія та вимогливість можуть бути конструктивними, якщо спрямовані у соціально прийнятне русло — наприклад, у службу, керівництво, охорону порядку чи сферу, де цінуються дисципліна і чіткість.

Істероїдний тип акцентуації — це один із найемоційніших і найдемонстративніших типів характерологічної організації особистості, для якого провідною рисою є егоцентризм і потреба у постійній увазі та визнанні з боку оточення. Такі люди живуть у просторі сцени, де головну роль відведено їм самим. Вони прагнуть бути у центрі подій, викликати захоплення, співчуття або подив, і нерідко використовують для цього будь-які засоби — від щирої артистичності до демонстративних маніпуляцій. У структурі особистості істероїда домінує емоційність, яскрава виразність і поверхова афективність, що робить їх надзвичайно помітними у будь-якому колективі. Вони легко вступають у контакт, привертають до себе увагу одягом, мовою, манерами, жестами, іноді навіть штучною театральністю поведінки. Висока комунікабельність поєднується у них з внутрішньою потребою у схваленні, а байдужість або критика для них є нестерпними. Психологічною основою істероїдної акцентуації є прагнення до емоційного резонансу — бажання, щоб інші бачили, співпереживали, реагували. Вони потребують не просто уваги, а саме визнання своєї унікальності. Будь-яка ситуація сприймається крізь призму «як це виглядає для інших». Якщо ж інтерес до них згасає, вони почуваються спустошеними, ображеними або навіть готовими вдатися до демонстративних дій — хворобливих реакцій, перебільшених скарг, «втеч у хворобу», суїцидальних погроз чи спроб, які мають переважно маніпулятивний характер.

Істероїдні особистості схильні до фантазування, прикрашання фактів, перебільшень — не стільки зі злим наміром, скільки з бажання зробити власну історію цікавішою і викликати емоційний відгук. Вони легко витісняють неприємні або компрометуючі події, можуть вірити у власні вигадки. Така поведінка часто набуває форми самоінсценування: вигадане стає засобом самоствердження і збереження внутрішнього комфорту.

Попри поверховість емоційних проявів, істероїди володіють живим темпераментом, ініціативністю, енергійністю і здатністю заражати емоціями інших. Вони швидко захоплюються, однак їхні інтереси нестійкі: сьогодні вони з ентузіазмом беруться за нове заняття, а завтра так само легко його полишають, шукаючи чергового джерела уваги й вражень. Їхня життєва стратегія — «бути поміченим», тому вони вибирають найпомітніші сфери діяльності або хобі: мода, сцена, блогінг, публічні виступи. Істероїди болісно реагують на удари по своєму его, приниження, втрату популярності або осміяння. У таких ситуаціях можуть проявляти афективні вибухи, скарги, шантаж або навіть удавати хворобу, аби викликати співчуття. Вони не стільки прагнуть влади, скільки уваги — і якщо її не отримують позитивним шляхом, можуть вдатися до деструктивної чи провокативної поведінки, у тому числі до брехні, інтриг або конфліктів.

У підлітковому віці істероїдні риси досягають найбільшої виразності. Юнаки та дівчата цього типу шукають сцени — серед однолітків, у соціальних мережах, у навчанні або творчості. Вони схильні до демонстративних вчинків, «втеч із дому», показових спроб суїциду, театралізованих сцен. При цьому реальні глибокі почуття часто маскуються під зовнішні ефекти — і навіть для них самих стають не зовсім щирими.

Для істероїдного типу характерна також підвищена сугестивність, тобто легка піддатливість впливу, особливо якщо він відповідає бажанню бути обраним чи особливим. Це робить їх вразливими до маніпуляцій, але й водночас — здатними надихати інших своїм ентузіазмом, харизмою та артистичністю. У дорослому віці істероїдні риси можуть мати як конструктивний, так і деструктивний напрям. За умов позитивного виховання та соціальної підтримки такі особи стають талановитими

комунікаторами, лідерами, артистами, педагогами, психологами — там, де потрібні емоційність, привабливість і вміння переконувати. За відсутності ж контролю вони ризикують перетворитися на маніпуляторів, конфліктних егоцентриків, схильних до деструктивних або асоціальних вчинків.

Нестійкий тип акцентуації — це тип особистості, для якого визначальною є недостатня воля, слабка саморегуляція, низька мотивація до праці чи навчання та прагнення до легкого, безтурботного життя. Такі люди живуть сьогоднішнім, шукають задоволень і нових вражень, не замислюючись над наслідками своїх вчинків. Для них характерна поверховість у почуттях, нестійкість у поведінці та залежність від зовнішніх впливів. У дитячому віці представники цього типу зазвичай непосидючі, неслухняні, швидко втрачають інтерес до занять, які вимагають зосередженості чи наполегливості. Їхня поведінка відзначається імпульсивністю, схильністю до порушення дисципліни, невмінням дотримуватися правил. Часто вони виявляють страх перед покаранням, уникання відповідальності, боягузтво у складних ситуаціях, що, однак, не заважає їм бути сміливими у пошуках розваг чи ризикованих пригод.

У підлітковому віці нестійкі риси проявляються найяскравіше. Такі підлітки прагнуть до незалежності, свободи від контролю з боку дорослих, але не здатні до самодисципліни. Їхній ідеал — жити без обов'язків, насолоджуючись компанією однолітків, розвагами, пригодами. Вони легко піддаються впливу сильніших або харизматичних осіб, тому нерідко потрапляють у неблагополучні групи, стають виконавцями волі інших, не замислюючись про моральний бік справи. Коло інтересів у них вузьке і поверхове. Вони шукають гострих відчуттів, легко встановлюють поверхневі контакти, швидко сходяться з людьми, але не здатні до глибокої прив'язаності. Їхня енергія спрямована на пошук задоволень — спілкування, алкоголь, азарт, сексуальні пригоди, розваги, а не на досягнення довготривалих цілей. Вони не витримують одноманітної праці, уникають будь-яких форм контролю, навчання чи дисципліни.

Проблема таких особистостей полягає у залежності від зовнішнього середовища: у структурованій, вимогливій атмосфері вони можуть бути слухняними і навіть старанними, але у ситуації бездоглядності або безконтрольності швидко деградують, занурюючись у бездіяльність, лінощі, розпущеність. Їхнє «слабке місце» — відсутність внутрішнього самоконтролю та вольового ядра особистості. У соціальному плані нестійкі особи часто проявляють непостійність, безвідповідальність, схильність до порушення норм поведінки. Вони байдужі до навчання, роботи, сімейних обов'язків, легко кидають розпочате, шукаючи легших шляхів. Їхня товариськість має поверховий характер — спілкування служить лише розвазі. Для них важливо мати компанію, яка створює атмосферу легкості та безтурботності.

У сфері міжособистісних і статевих стосунків вони також шукають насолоду, а не глибокі почуття. Статеве життя починається рано, емоційна прихильність поверхова, поняття вірності чи відповідальності часто відсутні. Родина для них — не джерело турботи, а радше середовище, де можна отримати комфорт і матеріальну підтримку без зусиль. Через недостатність моральних і вольових установок нестійкі особи легко стають жертвами залежностей. Вони схильні до вживання алкоголю, наркотиків, азартних ігор, бо шукають швидких і сильних стимулів. Часто не усвідомлюють небезпеки такої поведінки або перекладають відповідальність на зовнішні обставини.

Водночас, при належному вихованні, структурованому контролі та позитивних рольових моделях, нестійкі особистості можуть частково компенсувати свої слабкі сторони. Їм необхідне чітке керівництво, система правил і послідовна підтримка, яка допомагає формувати навички самодисципліни. У сприятливому середовищі вони здатні адаптуватися, проявляючи комунікабельність, життєрадісність і відкритість.

Конформний тип акцентуації характеризується високим рівнем пристосування до соціального оточення, схильністю беззастережно приймати норми, цінності та поведінкові моделі групи, до якої належить людина. Для представників цього типу головним психологічним орієнтиром є думка більшості: вони прагнуть “бути як усі”, уникати конфліктів, не виділятися та не порушувати встановлених правил. Основною рисою конформної особистості є залежність від зовнішніх впливів і соціального контексту. Такі люди мислять колективно: їхня оцінка подій, моральні судження, стиль життя — усе визначається груповими стандартами. Зміна колективу, оточення або соціального середовища призводить до швидкого переорієнтування: вони легко переймають нові звички, цінності та навіть переконання, часто не усвідомлюючи суперечностей між старими та новими установками.

Конформні особи прагнуть стабільності, звичного ритму життя і передбачуваності, тому погано переносять різкі зміни — переїзди, реформування колективу, порушення звичних соціальних зв'язків. Для них комфорт означає не лише фізичну зручність, а й психологічну безпеку в середовищі знайомих людей і зрозумілих правил. Вони добродішні, дисципліновані, неконфліктні, охоче виконують розпорядження, намагаються не вступати у суперечки, не виступати проти більшості. Їхня доброзичливість і слухняність створюють враження гармонійності, однак за цим стоїть страх ізоляції чи несхвалення, що часто пригнічує індивідуальність і ініціативу. Через це конформні люди рідко стають лідерами — вони воліють наслідувати авторитет або групу, що дає відчуття належності й безпеки. Критичність мислення у них знижена, сприйняття ригідне, обмежене груповими рамками. Вони рідко ставлять під сумнів загальноприйняті цінності чи рішення керівництва. Ініціатива, креативність або прагнення до незалежності можуть викликати в них внутрішній дискомфорт, оскільки порушують звичну структуру підпорядкування.

Сфера інтересів і навіть стиль дозвілля у конформних людей визначаються найближчим соціальним оточенням: вони обирають ті ж хобі, слухають ту ж музику, приймають ті ж моральні норми, що й більшість у їхньому колі. Навіть шкідливі звички — наприклад, куріння, уживання алкоголю чи азартні ігри — можуть формуватися не через внутрішню потребу, а через бажання “не відрізнитися від інших”. Емоційно конформні особи врівноважені, спокійні, не схильні до конфліктів. Вони підтримують позитивні стосунки з оточенням, легко пристосовуються до вимог керівників чи старших. Їхнє життя будується за принципом «жити як прийнято», а моральні норми сприймаються радше як соціальні звичаї, ніж як внутрішні переконання.

У стабільному середовищі такі люди проявляють себе як надійні працівники, виконавці, гарні колеги, однак в умовах змін або моральних дилем вони можуть виявитися безпорадними — оскільки їм бракує внутрішнього морального стрижня для самостійного вибору. Конформність стає психологічним захистом від відповідальності: “якщо роблять усі, то й я маю право”.

3.Перехід від акцентуації до патології. Акцентуації - це крайні, але все ще нормальні варіанти психіки, коли певні риси характеру надмірно виражені. Акцентуація характеру сама по собі не є патологією. Вона лише відображає «загостреність» окремих рис. Але за певних умов акцентуація: обмежує адаптацію (наприклад, надмірна тривожність заважає приймати рішення); стає джерелом міжособистісних конфліктів (наприклад, збудливий тип часто вступає в суперечки, що руйнує стосунки); порушує професійне функціонування (педантичний тип у крайніх випадках втрачає ефективність через зайву деталізацію). У такому випадку ми говоримо, що акцентуація може трансформуватися у розлад особистості. Акцентуації не переходять у розлади особистості автоматично, але вони можуть зробити людину більш вразливою до розвитку розладів у стресових ситуаціях.

Декомпенсація — це стан, коли ресурси особистості більше не справляються із зовнішнім чи внутрішнім навантаженням, і звичні риси починають набувати патологічного характеру. Основними умовами, що сприяють розвитку декомпенсації, є психотравмуючі події, такі як втрата близької людини, розлучення, насильство, тривалий або хронічний стрес, постійне психоемоційне перевантаження, надмірний тиск у навчанні чи на роботі. Унаслідок цього знижуються компенсаторні можливості психіки. Важливу роль відіграють також несприятливі соціальні умови — відсутність емоційної підтримки, токсичне або конфліктне оточення, соціальна ізоляція. За таких умов акцентуація характеру поступово «застрягає» і набуває патологічної стабільності. Додатковими чинниками є біологічні передумови: органічні ураження головного мозку, спадковість, а також індивідуальні особливості нервової системи. Сукупність цих факторів створює своєрідний «фон», на якому акцентуація легше переходить у патологічний стан.

Людина з акцентуацією може мати проблеми у соціальній адаптації через вираженість певних рис, але при цьому її психічне здоров'я залишається в межах норми.

4.Розлади особистості. *Розлади особистості* — це стійкі, глибокі порушення характерологічних рис і моделей поведінки, які формуються переважно в юнацькому віці, мають хронічний перебіг, порушують соціальну адаптацію та призводять до страждання самої особи або оточення. Це не тимчасові труднощі чи реакції на стрес, а стабільні патерни поведінки й емоційності.

Розлади особистості становлять поширену групу психічних розладів, які потребують комплексного психотерапевтичного втручання. Їх формування ґрунтується на вроджених

особливостях структури особистості, що в подальшому зазнають впливу соціального середовища та життєвого досвіду. Важливо підкреслити, що не існує «поганих» чи «хворих» типів особистості — існують лише більш або менш сприятливі умови розвитку, які можуть сприяти гармонійному становленню людини або, навпаки, призвести до психологічних труднощів чи формування патологічних рис. У більшості випадків спостерігається проміжний, відносно збалансований стан. Проте коли індивідуальні риси набувають надмірної вираженості, стають джерелом постійного внутрішнього напруження та порушують соціальну адаптацію, формується розлад особистості. Такі порушення проявляються у стійких, негнучких патернах мислення, емоційного реагування та поведінки, які відхиляються від соціальних норм і спричиняють значні труднощі як самій людині, так і її оточенню.

Кожна особистість має характерний стиль сприйняття дійсності та взаємодії з іншими людьми. У нормі ці моделі поведінки є гнучкими: психічно здорова людина здатна змінювати стратегію реагування, якщо звична виявляється неефективною. Натомість для осіб із розладами особистості притаманна ригідність, негнучкість мислення та поведінки, що зумовлює неадекватні реакції на життєві труднощі та ускладнює побудову гармонійних міжособистісних стосунків.

Розлади особистості зазвичай проявляються в підлітковому або ранньому дорослому віці та мають хронічний перебіг. Їхня вираженість може варіюватися від легкого до важкого ступеня. Переважна більшість осіб із такими порушеннями відчуває незадоволення життям, має труднощі у спілкуванні та міжособистісних стосунках. Часто спостерігається коморбідність — поєднання з іншими психічними розладами, такими як депресія, тривожні розлади, розлади харчової поведінки або залежності від психоактивних речовин. Особи з розладами особистості зазвичай не усвідомлюють патологічного характеру своїх думок і поведінкових моделей. Вони схильні інтерпретувати власні труднощі як наслідок зовнішніх обставин або дій інших людей, тому звертаються по допомогу переважно у зв'язку з вторинними симптомами — підвищеною тривожністю, депресивними станами чи відчуттям хронічного напруження.

Класифікація розладів особистості (DSM-5)

DSM-5 групує розлади особистості у 3 кластери: А, В, С.

Кластер А. «Особливості: дивна, ексцентрична поведінка, часто відчуженість, когнітивні спотворення.»

Параноїдний розлад особистості. Недовіра до інших, підозрілість, постійне очікування образ. Надання загрозливих значень невинним зауваженням. Часто людина «бачить» у словах і діях оточення загрозу. Соціальні контакти обмежені через постійне відчуття небезпеки.

Шизоїдний розлад особистості. Емоційна холодність, відстороненість, небажання соціальної взаємодії, обмежений діапазон вираження емоцій. Багато часу проводить наодинці, має вузькі сфери інтересів. Відсутність прагнення отримувати задоволення від стосунків. Не шукає близьких контактів, але не завжди страждає емоційно від самотності. Байдужість до похвали чи критики.

Шизотиповий розлад особистості. Ексцентрична поведінка, магічне мислення, незвичайні переконання. Дискомфорт у встановленні стосунків. Соціальні труднощі через дивакуватість у мисленні, парадоксальні переконання.

Кластер В — «Драматичні, емоційно нестабільні». Особливості: яскраві емоції, імпульсивність, труднощі у міжособистісних стосунках.

Антисоціальний (дисоціальний) розлад особистості. Ігнорування прав інших, маніпуляції, агресивність. Відсутність провини чи каяття за порушення правил. Ризик кримінальної поведінки, повторювані конфлікти із законом.

Межовий (бордерлайн) розлад особистості. Нестабільність емоцій, самооцінки та стосунків. Імпульсивні дії, страх відторгнення, можлива самопошкоджувальна поведінка. Часто відчуває «порожнечу» та емоційне напруження.

Гістріонічний (істеричний) розлад особистості. Потреба у постійній увазі, театральність, емоційна експресивність. Іноді маніпулятивна поведінка для підтримки уваги. Емоції поверхневі, швидко змінюються.

Нарцисичний розлад особистості. Підвищене відчуття власної значущості, потреба у захопленні. Недооцінка почуттів інших, експлуатація оточення. Часто прикриває низьку самооцінку зовнішньою впевненістю.

Кластер С — «Тривожні та страхливі». Особливості: страхи, невпевненість, сильна залежність від інших.

Унікальний (тривожний) розлад особистості. Надмірна сором'язливість, страх критики та відторгнення. Уникає соціальних контактів навіть за бажанням. Дуже чутливий до оцінки оточення.

Залежний розлад особистості. Потреба у підтримці та захисті, страх залишитися наодинці. Підлегла, покірлива поведінка, прийняття рішень іншими. Труднощі у самотійному житті, кар'єрі, відносинах.

Обсесивно-компульсивний (ананкастний) розлад особистості. Надмірна увага до деталей, порядок, перфекціонізм. Ригідність мислення та поведінки, труднощі із гнучкістю. Переважно контроль над собою та іншими, щоб уникнути помилок.

Одним із найяскравіших проявів порушень особистості є *порушення критичності*, або підконтрольності поведінки. Порушення критичності може набувати різних форм і виступати в структурі різних процесів: мислення, сприйняття. Воно може полягати у неправильній оцінці своєї особистості, власних дій, проявитися в некритичності до своїх психопатичних переживань. Некритичність у будь-яких формах означає порушення діяльності в цілому. Приміром, у хворих з ураженням лобових часток мозку в силу відсутності стійкого ставлення до продукту своєї діяльності не виникає критичне ставлення до себе, відсутня корекція внутрішніх дій, не формуються професійні навички.

Порушення критичності може бути тісно пов'язане з порушенням регуляції діяльності. Також нерідко порушення критичності поєднуються з тенденцією до персеверацій (мимовільні, настирливо повторювані дії або руху). Виконавши який-небудь компонент складного руху, хворі не можуть переключитися на інший компонент. Персеверації можуть проявлятися і на мовленнєвому, і на інтелектуальному рівні, наприклад у вигляді повторів складів.

У хворих із ураженням лобових часток часто зустрічається ситуативна поведінка. Ознаками такої поведінки є сугестивність та схильність до легкої підпорядкованості. У деяких випадках такі характеристики можуть приймати гротескний характер. Ситуативна поведінка та персеверативна тенденція є феноменами, що суперечать один одному, оскільки в основі персеверації лежить механізм інертності, а ситуативна поведінка містить у собі схильність до надмірно швидкої зміни реакцій. Проте обидва такі явища є індикаторами того, що діяльність хворого позбавлена смислової характеристики, їх заміщують дії, за якими не стоїть смислотворчий мотив. Втрата можливості оцінювати себе та інших руйнує діяльність хворих. Вона є індикатором їх глибокого особистісного порушення.

Розгальмованість поведінки та її зв'язок із розладами особистості. Розгальмованість поведінки — це стан, що характеризується зниженням або втратою свідомого контролю над власними вчинками, емоційними реакціями та висловлюваннями. Людина в такому стані орієнтується на негайне задоволення виниклих потреб, діє імпульсивно, під впливом миттєвих почуттів або внутрішніх спонукань, не враховуючи минулого досвіду та не передбачаючи можливих наслідків своїх дій. Подібна поведінка може спостерігатися у пацієнтів із ураженням базальних відділів лобових часток мозку, що відповідають за самоконтроль і критичність мислення, а також у стані дії психоактивних речовин або лікарських препаратів, які впливають на нервову систему.

Для такого типу розгальмованості типовими є ігнорування соціально прийнятих норм, нетактовність, втрата психологічної дистанції у спілкуванні з малознайомими людьми, розв'язність, схильність до вульгарних жартів, грубих висловлювань та імпульсивних дій. Також може спостерігатися порушення цілеспрямованості суджень: людина не здатна співвіднести результат власних дій з очікуваним ефектом, не помічає власних помилок і, відповідно, не прагне їх виправити.

Одним із важливих психологічних механізмів, що регулюють поведінку, є *рефлексія* — здатність до самоспостереження, самоаналізу та усвідомлення власних психічних станів, думок і мотивів. Рефлексія дає змогу людині оцінювати свої дії «зі сторони», критично аналізувати власні вчинки й коригувати поведінку відповідно до соціальних норм. Відсутність або зниження рефлексії призводить до втрати здатності усвідомлювати власний психічний стан, аналізувати мотиви своїх вчинків і передбачати їх наслідки. Такий дефіцит самоспостереження є характерним для низки розладів особистості, особливо емоційно-нестійкого, дисоціального та істеричного типів, де імпульсивність і недостатній самоконтроль поєднуються з егоцентричністю та низькою критичністю до власної поведінки. Глибина рефлексії залежить від морального розвитку, інтелектуального рівня та

загальної зрілості особистості. Її зниження може бути наслідком як органічного ураження мозку, так і довготривалих особистісних деформацій, що виникають у межах розладів особистості. У таких випадках розгальмованість поведінки стає не лише симптомом, а й механізмом, який підтримує патологічний стиль мислення та соціальної взаємодії.

Таким чином, розлади особистості — це стійкі відхилення у способі мислення, емоційного реагування та поведінки, які формуються внаслідок поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників. Вони відображають патологічний розвиток індивідуальних рис характеру, що призводить до дезадаптації, міжособистісних конфліктів і зниження якості життя. Для таких розладів характерна ригідність, недостатній самоконтроль і знижена здатність до рефлексії. Ефективна допомога передбачає поєднання психотерапевтичного впливу, корекції соціального середовища та, за потреби, медикаментозної підтримки.

Контрольні запитання для самоконтролю

- 1.Поняття «акцентуація характеру» та її основні відмінності від розладів особистості.
- 2.Класифікації акцентуацій характеру (за К. Леонгардом, А. Лічком).
- 3.Біопсихосоціальні чинники формування акцентуацій характеру.
- 4.Умови переходу акцентуації характеру в патологію (декомпенсацію).
- 5.Основні клінічні прояви різних типів акцентуацій характеру.
- 6.Визначення поняття «розлад особистості» та його діагностичні критерії.
- 7.Відмінність розладів особистості від тимчасових реакцій чи психічних станів.
- 8.Основні типи розладів особистості та їхні клініко-психологічні особливості.
- 9.Роль рефлексії та самоконтролю у збереженні психічної адаптації при акцентуаціях.
10. Роль соціального середовища у формуванні та закріпленні патологічних рис характеру.

Рекомендована література

- 1.Медична психологія: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛПРА, 2022. 300 с.
- 2.Медична психологія. Міщенко Т.С. Савіна М.В., Штриголь Д.В., Лісна Н.М.: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології: навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020.106 с.3. Джерело
- 3.Клінічна психологія: навч. посіб. / А. М. Османова, Г.В Хорунженко. К.: Університет «Україна», 2023. – 183 с.
- 4.Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ: КНТ, 2016. — 369 с.
- 5.Ільїна П.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2023.163 с.
- 6.Основи загальної та медичної психології у вищій школі : навч.посіб. / за ред. Р. І. Білобровки, 2018. 286 с.
7. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 208 с
8. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 310 с.
9. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. /П86 Уклад. О. Ю. Овчаренко. — К. : Університет «Україна», 2023. — 266 с.

Лекція 5. Стрес та психологічні механізми його прояву.

Мета: ознайомити студентів із поняттям стресу, його видами, етапами перебігу та психологічними механізмами виникнення і подолання. Розкрити роль стресу в адаптації організму та психіки, а також показати вплив хронічного стресу на емоційний стан, поведінку й соматичне здоров'я

людини. Сформувати розуміння основних стратегій психологічного захисту та методів профілактики деструктивних наслідків стресу.

План та організаційна структура лекції

Етап проведення	Опис етапу	Рівень засвоєння	Час
Підготовчий	Організаційні питання, перевірка присутності здобувачів вищої освіти	Ознайомлення	5 хвилин
Основний	Актуальність теми лекції. Застосування знань в межах тематики лекції у подальшій фаховій підготовці та у професійній діяльності	Узагальнення, осмислення, розуміння	10 хвилин
	1.Поняття стресу та його роль у діяльності людини. 2.Фізіологічні прояви стресу. 3.Конструктивний та деструктивний стрес. 4.Профілактика та подолання стресових станів.	Узагальнення, осмислення, розуміння	60 хвилин
	Узагальнення та закріплення набутих знань, рефлексія та дебрифінг, відповіді на питання	Закріплення	10 хвилин
Заключний	Надання інформації про тему наступної лекції та завдань для самостійної підготовки	Ознайомлення	5 хвилин
ЗАГАЛОМ			90 хвилин

Теоретичні матеріали

1.Поняття стресу та його роль у діяльності людини. У сучасному світі поняття стрес стало невід’ємною частиною повсякденного життя людини. Ми стикаємося з ним у навчанні, роботі, спілкуванні, під час фізичних навантажень і навіть у процесі відпочинку. Стрес є не лише шкідливим явищем, а й важливим механізмом пристосування, що допомагає людині долати труднощі та зберігати життєздатність. Стрес впливає не лише на психічний стан, але й на роботу серцево-судинної, ендокринної, м’язової та імунної систем. Пацієнти, які перебувають у стані хвороби, болю чи обмеження рухливості, часто зазнають значного психоемоційного напруження, що може сповільнювати процес відновлення.

Тому розуміння механізмів стресу, його психофізіологічних проявів, а також уміння вчасно розпізнати і скоригувати стресові реакції як у пацієнтів, так і у себе самого — є важливою складовою професійної компетентності фізичного терапевта.

Емоційна сфера особистості — одна з найскладніших і найменш досліджених складових людської природи. Вплив негативних чинників середовища на організм завжди є комплексним, проте провідну роль у виникненні так званих «хвороб цивілізації» відіграють емоційні порушення, що розвиваються внаслідок тривалого нервового перенапруження та стресових впливів. Емоційна напруга здатна дестабілізувати не лише психічні процеси, а й функціонування внутрішніх органів, що призводить до психосоматичних розладів. Поняття стресу як загального адаптаційного синдрому було введено Гансом Сельє (1982). Учений розглядав стрес як універсальну фізіологічну, психічну і соціальну реакцію організму на дію ушкоджувальних чинників. Стрес — це особливий емоційний стан, що супроводжується підвищенням активності нервової, гормональної та психічної систем. Однією з ключових його властивостей є нестійкість: за сприятливих умов стрес може стимулювати адаптацію й підвищувати ефективність діяльності, але при тривалому чи надмірному впливі — переходить у стан нервово-емоційного виснаження, що супроводжується зниженням працездатності та порушенням регуляції організму. За визначенням Сельє, **стрес** — це неспецифічна реакція організму на будь-які вимоги, що перевищують його можливості. Незалежно від типу подразника (біль, холод, страх, перевтома, приниження тощо) відповідь організму має загальний характер і розгортається у три послідовні фази:

- Фаза тривоги і мобілізації — негайна реакція на загрозу, активація захисних механізмів.
- Фаза резистенції (стійкості) — період максимальної ефективної адаптації до навантаження.

-Фаза виснаження (зрив адаптації) — настає за умови, коли ресурсів для підтримання стійкості бракує, і відбувається порушення функцій організму.

Подальший розвиток ідей Сельє здійснив Річард Лазарус (1970), який створив когнітивну теорію стресу. Він розмежував фізіологічний стрес, спричинений реальним подразником, та психічний (емоційний), що виникає внаслідок суб'єктивної оцінки ситуації як небезпечної або загрозливої. За Лазарусом, стресогенність події визначається не самими обставинами, а тим, як людина їх сприймає і тлумачить. Один і той самий вплив може бути стресовим для однієї особи, але нейтральним для іншої, залежно від її досвіду, емоційного стану та когнітивної оцінки ситуації. Ця теорія довела, що стрес — це не просто реакція організму, а результат взаємодії середовища і свідомості.

Важливу роль відіграють процеси аналізу, прогнозування та переоцінки подій: людина реагує не лише на сам факт впливу, а й на очікування можливих наслідків. Саме тому емоційна стійкість та здатність до когнітивної переробки інформації визначають, чи стане подія травматичною.

На думку А. Велфорда (1973), стрес виникає тоді, коли вимоги ситуації перевищують адаптаційні можливості організму. Подібну ідею підтримував Ф. Фресс (1975), який вважав, що значними джерелами стресу є невирішені внутрішньоособистісні або соціальні конфлікти. У таких випадках стрес викликає не лише зовнішній тиск, а й внутрішнє протиріччя між потребами, цілями й можливостями людини. Таким чином, різні емоційні стани — гнів, страх, біль, горе, екстаз — хоча й відрізняються за якістю, можуть призводити до загального адаптаційного синдрому, оскільки надмірне емоційне збудження становить небезпеку для фізичного й психічного здоров'я. Отже, стрес є універсальним механізмом взаємодії людини зі світом, а його результат — залежить від того, чи зуміє особистість зберегти внутрішню рівновагу та гармонію між емоційною, когнітивною й фізіологічною сферами.

Стадії стресу та їх психологічні прояви. Раніше ми згадали, що Ганс Сельє, автор концепції загального адаптаційного синдрому, виділив три основні стадії розвитку стресу: тривоги, резистентності (стійкості) та виснаження. Розглянемо трохи детальніше кожен. Отже, стадії стресу відображають певний етап взаємодії організму з напружувальним чинником і мають як фізіологічний, так і психічний вимір.

1. Стадія тривоги. Це початковий момент зіткнення організму з дією стресора, коли виникає негайна реакція мобілізації. У цей період активуються природні механізми захисту — так званий рефлекс «боротьби або втечі». Організм готується до дії: підвищується частота серцевих скорочень, викидаються гормони стресу (адреналін, кортизол), зростає напруга нервової системи. Людина відчуває різкі емоційні реакції — страх, подив, збудження, гнів. Типові фізіологічні відчуття: «перехопило подих», «затисло серце», «пересохло в горлі», «застиг від страху». Ці реакції короткочасні, але надзвичайно інтенсивні, адже організм готується діяти у нових, загрозливих умовах.

2. Стадія резистентності (стабілізації). Якщо стресова ситуація триває, настає період пристосування, коли енергія спрямовується на підтримання стабільного рівня функціонування. У цей час посилюються когнітивні процеси — увага, пам'ять, мислення, що дає змогу людині знайти ефективні шляхи подолання труднощів. Це стадія еустресу, тобто конструктивного напруження, коли відбувається оптимальна мобілізація внутрішніх ресурсів. Організм продовжує працювати на підвищеному рівні, але зберігає контроль і продуктивність. Якщо проблема вирішена, фізіологічні показники повертаються до норми, і стрес завершується без негативних наслідків.

Проте у разі, коли розв'язання ситуації затягується, а напруга зберігається, адаптаційні ресурси починають виснажуватися. Людина втрачає концентрацію, здійснює необдумані дії, проявляє емоційну нестійкість, схильність до помилок чи надмірного ризику. Поведінка стає дезорганізованою, виникає дистрес — шкідлива форма стресу, що підриває здоров'я і психічну стабільність.

3. Стадія виснаження. Якщо напруга продовжується, настає етап повного виснаження фізіологічних і психічних ресурсів. З'являються порушення адаптації, розвиваються психосоматичні симптоми — безсоння, головний біль, серцево-судинні проблеми, розлади шлунково-кишкового тракту. У психічній сфері це проявляється депресією, тривожністю, агресивністю, фобіями, формуванням невротичних і прикордонних станів. Саме на цій стадії можливий розвиток синдрому емоційного вигорання, коли людина, здавалося б, продовжує працювати, але втрачає мотивацію, стає дратівливою, підозрілою, байдужою.

Особливо часто подібні розлади спостерігаються у представників «професій допомоги» — лікарів, педагогів, соціальних працівників, правоохоронців, які щодня стикаються з високим рівнем емоційного навантаження. Хронічний дистрес у таких професіях може призвести не лише до психічних порушень, а й до серйозних психосоматичних захворювань або деструктивних форм поведінки — алкоголізму, наркоманії, суїцидальних вчинків.

Фрустрація як близьке до стресу явище. Термін «фрустрація» походить від латинського *frustratio* — «обман, марне очікування». *Фрустрація* (від лат. *frustratio* — омана, марне очікування) — психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці, викликаних об'єктивно непереборними (або суб'єктивно сприйнятими як непереборні) труднощами на шляху до досягнення мети, розбіжності реальності з очікуваннями. Фрустрація супроводжується напругою, роздратуванням, почуттям безсилля або гніву. Основна її реакція — агресивність, спрямована на об'єкт, що заважає досягненню бажаного. Людина може реагувати бурхливо — сваркою, фізичною агресією, образами, або, навпаки, уникати конфлікту, вдаючись до прихованих форм поведінки (замовкання, відхід, іронія).

Емоційні порушення, пов'язані з фрустрацією, виникають лише тоді, коли перешкода стосується сильно мотивованої потреби. Якщо ж значущість цілі знижується, то й емоційна напруга зникає. Таким чином, фрустрація, як і стрес, є важливим психологічним сигналом, що вказує на порушення рівноваги між потребами людини та реальністю, і потребує адаптаційних рішень — зміни мети, пошуку нових шляхів або корекції внутрішніх установок.

Узагальнюючи, можна сказати, що стрес і фрустрація — це дві взаємопов'язані форми емоційної реакції на життєві труднощі. Стрес мобілізує ресурси, якщо є перспектива подолання, а фрустрація виникає тоді, коли ця перспектива блокується. Обидва явища є невід'ємною частиною психічного життя, але їх наслідки залежать від рівня особистісної стійкості, соціальної підтримки та здатності до конструктивного подолання проблем.

2. Фізіологічні прояви стресу. У кожного траплялися ситуації, коли сварка, конфлікт або неприємна розмова не виходять із голови. Людина відчуває збудження, роздратування, внутрішнє тремтіння, не може заспокоїтися чи відволіктися, знову і знову «прокручує» подію, відчуваючи хвилю образи або гніву. Такий стан є класичним прикладом емоційного стресу, і його механізми добре описані сучасною психофізіологією.

1. Домінанта збудження в головному мозку. Під впливом сильних емоцій у корі головного мозку формується стійке вогнище збудження — домінанта, яка ніби “захоплює” нервову систему, підпорядковуючи собі мислення, увагу, пам'ять і поведінку. Саме тому після сварки чи образи людина не може «перемкнутися» — думки постійно повертаються до конфлікту. Щоб подолати цей стан, необхідно створити нову, конкуруючу домінанту, яка поступово нейтралізує попередню.

Звідси випливає психологічно обґрунтоване правило: найкращий спосіб “заспокоїтись” — це переключення уваги на іншу активність. Читання, спорт, творчість, спілкування або будь-яке хобі, що викликає позитивні емоції, створюють новий фокус активності мозку. Саме тому у практиці психотерапії й реабілітації все частіше застосовують арт-терапію, музикотерапію, фізичні вправи — вони запускають механізм позитивної домінанти.

2. Гормональний ланцюг стресу. Психічна реакція на стрес миттєво запускає каскад фізіологічних процесів. Гіпоталамус активує гіпофіз, який виділяє адренотропний гормон (АКТГ). Під його впливом надниркові залози викидають адреналін, норадреналін і кортизол — так звані гормони стресу. Вони забезпечують організм “енергетичним вибухом”:

- серце починає битися частіше й сильніше;
- артеріальний тиск підвищується;
- дихання прискорюється;
- м'язи напружуються, готуючись до дії.

У первісної людини ці реакції були життєво необхідними — боротьба або втеча справді вимагали фізичного вибуху енергії. Проте сучасна людина після конфлікту, як правило, не біжить і не бореться — вона залишається в офісі, у транспорті чи вдома. У результаті гормони стресу продовжують циркулювати в крові, не маючи “виходу”, і це створює внутрішню напругу, що шкодить серцю, судинам і нервовій системі.

Наукові дослідження (зокрема, Американської кардіологічної асоціації, 2023) доводять, що люди з хронічно підвищеним рівнем кортизолу мають у 1,5–2 рази більший ризик серцево-судинних захворювань. Саме тому лікарі радять після емоційних конфліктів фізичну активність — прогулянку, біг, плавання, прибирання — будь-що, що допомагає спалити надлишок гормонів напруги.

3. Підтримка стресової реакції через незавершеність ситуації. Якщо конфлікт не розв'язано, психологічна домінанта не зникає: мозок продовжує отримувати сигнали про “загрозу”, а надниркові — виробляти гормони стресу. Це спричиняє хронічне перевантаження нервової системи, порушення сну, головні болі, проблеми з травленням і підвищення артеріального тиску. Тому важливо або знайти конструктивне рішення конфлікту, або зменшити його значущість, змінивши ставлення до події. У цьому допомагають техніки когнітивно-поведінкової терапії, релаксаційні вправи, а також звичайне спілкування з близькими чи фахівцем.

4. Роль вегетативної нервової системи. Фізіологічну реакцію на стрес контролює вегетативна нервова система, яка складається з двох підсистем:

-симпатичної, що мобілізує організм (“газ”);

-парасимпатичної, що забезпечує відновлення і спокій (“гальмо”).

У стресовій ситуації домінує симпатична система: збільшується частота серцебиття, виділяється глюкоза в кров, звужуються судини шкіри — все це готує тіло до дії. Після завершення напруги повинна активуватися парасимпатична система, яка “вимикає тривогу”, нормалізує дихання, травлення, серцевий ритм. Але якщо людина постійно перебуває в стресі, баланс цих систем порушується, і організм живе у стані хронічної мобілізації, що виснажує його.

5. Наслідки хронічного стресу. Дослідження показують, що понад 60% соматичних скарг у міських жителів мають психоемоційне походження. До фізіологічних наслідків хронічного стресу належать виразка шлунка, гіпертонія, мігрень, болі в спині, артрит, астма, серцеві захворювання.

3. Конструктивний і деструктивний стрес. Стрес — це невід’ємна частина людського існування. У повсякденному житті повна відсутність стресу неможлива, адже саме він забезпечує мобілізацію психіки та тіла у відповідь на зміни довкілля. Помірний рівень напруги стимулює активність, підвищує працездатність і допомагає людині долати труднощі. Проте коли інтенсивність або тривалість стресу перевищує адаптаційні можливості організму, він перетворюється на деструктивну силу — дистрес, що поступово підриває фізичне й психічне здоров’я.

Сучасна психологія розрізняє еустрес і дистрес. *Еустрес* — позитивна форма стресу, яка супроводжується короткочасною мобілізацією, активацією уваги, мислення, пам’яті. Наприклад, легке хвилювання перед виступом або іспитом допомагає зосередитись і діяти ефективніше. *Дистрес*, навпаки, є негативною реакцією на перевищення можливостей адаптації. Він виникає, коли людина стикається з надмірним тиском, постійною тривогою чи виснаженням, що призводить до розладу психічної регуляції, емоційної дезорганізації та соматичних порушень.

Надлишковий стрес проявляється у вигляді когнітивних, емоційних, фізіологічних і поведінкових порушень. Людина відчуває труднощі з концентрацією, робить багато помилок, забуває навіть прості речі. Поступово з’являється відчуття постійної втоми, внутрішнього неспокою, дратівливості, втрата інтересу до роботи чи навчання.

Типові фізичні прояви включають головний біль, спазми у шиї або спині, болі в шлунку, порушення сну, апетиту, зміни серцевого ритму. З поведінкових симптомів — підвищене куріння, вживання алкоголю, переїдання або, навпаки, відмова від їжі, прискорена мова, нервозність, безсоння. Ці ознаки свідчать про стресову напругу організму, коли адаптаційні ресурси поступово виснажуються, а діяльність психічної регуляції стає неефективною.

Продуктивний і деструктивний стрес: результат переживання стресу залежить від спрямованості мотивації. Якщо людина зосереджена на вирішенні завдання (“Що я можу зробити, щоб покращити ситуацію?”), то стрес виконує мобілізуючу, конструктивну функцію. Якщо ж її увага зосереджена на собі (“Що буде зі мною, якщо я не впораюсь?”), напруга зростає, і стрес стає деструктивним, знижуючи ефективність мислення та поведінки. Таким чином, сам по собі стрес не є шкідливим — він стає таким лише тоді, коли людина не може його опанувати або правильно реагувати на ситуацію.

Коли адаптація дає збій? Порушення емоційної рівноваги часто виникає у переломні періоди життя — підлітковий вік, початок навчання у виші, зміна професії, сімейні конфлікти, втрата близьких,

війна. У такі моменти зростає психологічне навантаження, і якщо воно перевищує індивідуальні ресурси, виникає емоційно-особистісна дезадаптація. Вона проявляється на трьох рівнях:

- емоційному (постійна тривога, апатія, дратівливість, страх, плаксивість);
- фізіологічному (порушення сну, апетиту, головні болі, розлади травлення);
- поведінковому (агресивність, замкнутість, пасивність, втрата ініціативи).

У дітей дезадаптація може проявлятися як розгальмована поведінка — надмірна рухливість, крики, сльози або, навпаки, млявість, апатія. У підлітків і дорослих — у вигляді депресивних реакцій, відчуття безсилля, зниження працездатності.

Хронічний стрес і психічне виснаження. Довготривалий стрес не завжди призводить до миттєвої хвороби, але повільно підточує психіку. Людина втрачає енергію, працездатність, мотивацію. З'являються порушення сну, постійна втома, зниження настрою. Цей стан Авіценна ще тисячу років тому описував як “не здоров’я, але й не хвороба”. Типові прояви — нічна тривожність, утруднене засинання, відчуття важкості зранку, безпричинний смуток або туга. На цьому тлі легко виникають психосоматичні реакції: тахікардія, підвищений тиск, “здавлене” дихання, шлункові болі, відчуття клубка в горлі. У багатьох людей формується синдром хронічної втоми або “вигорання”, що нині визнаний ВООЗ офіційним діагнозом.

Сучасні нейропсихологічні дослідження доводять: до 75% психічних розладів мають стресове походження. Тривала дія стресорів змінює роботу лімбічної системи мозку — передусім гіпокампа, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори, які відповідають за пам’ять, емоції та самоконтроль. Надлишок кортизолу (гормону стресу) призводить до зниження нейропластичності, тобто здатності мозку до відновлення, через що людина втрачає гнучкість мислення і стає більш тривожною, підозрілою, емоційно вразливою.

Емоційні наслідки. Хронічний стрес поступово формує емоційну лабільність — часті зміни настрою, дратівливість, нетерпимість до дрібниць. Людина втрачає здатність до радісного переживання подій, навіть позитивні стимули не викликають задоволення (так званий синдром “емоційного вигорання радості”). Водночас накопичується внутрішня тривога, яка стає фоновим станом: людина ніби постійно “чекає біди”. Під дією стресу порушується баланс між серотоніном, дофаміном та норадреналіном, що безпосередньо пов’язано з розвитком депресивних і тривожних розладів. За даними European Psychiatry Journal (2023), у 60% військовослужбовців, які тривалий час перебували в зоні бойових дій, ознаки депресії й ПТСР були прямо пов’язані з хронічним психоемоційним перенапруженням, а не з одноразовими травматичними подіями.

Когнітивні зміни. Постійний стрес негативно впливає на увагу, пам’ять, швидкість мислення. Кортизол пригнічує активність гіпокампа — структури, відповідальної за кодування нової інформації. Звідси — забудькуватість, труднощі з концентрацією, “туман у голові”. Людина починає працювати повільніше, частіше робить помилки, уникає складних завдань. Крім того, знижується здатність до логічного аналізу і стратегічного планування, що пояснює, чому люди у стані стресу часто діють імпульсивно або “на автоматі”. Нейропсихологи називають це “зміщенням від кори до лімбічної реакції” — коли розум відходить на другий план, а поведінку керує емоція.

Зміни у поведінці та міжособистісних стосунках. Хронічно стресована людина втрачає толерантність до інших, стає підозрілою, агресивною або, навпаки, замкненою. Часто формується синдром емоційного вигорання — особливо у фахівців “допомагаючих” професій: лікарів, педагогів, психологів, волонтерів. За даними Українського інституту громадського здоров’я (2024), понад 45% медичних працівників під час війни відчують ознаки професійного вигорання: байдужість до пацієнтів, втрата емпатії, відчуття провини та фізичне виснаження. Людина ніби “згорає зсередини”: їй важко відчувати, співпереживати, реагувати на чужий біль. У сімейних стосунках це проявляється у зростанні конфліктності, емоційній холодності або униканні контактів. Часто така поведінка сприймається близькими як байдужість чи егоїзм, але насправді є захисною реакцією психіки, що намагається економити енергію. Стрес, що не знаходить виходу в словах або діях, переходить у тіло. Це явище психосоматики — коли невисловлені емоції проявляються через соматичні симптоми: головні болі, порушення сну, біль у серці, шлункові розлади. Психотерапевти говорять: «тіло говорить, коли мовчить душа».

Наприклад, люди, які роками живуть у стані прихованого напруження, частіше страждають від гіпертонії, мігрень, колітів, бронхіальної астми, болів у спині та ший. ВООЗ класифікує ці стани як

психосоматичні розлади, пов'язані зі стресом. Якщо стрес триває роками, він впливає не лише на тіло, а й на структуру особистості. Людина може змінитися настільки, що близькі її “не впізнають”: доброзичливий колега стає цинічним, терплячий — вибуховим, активний — апатичним. Психологи називають це особистісною деформацією під дією хронічного стресу.

Одним із найбільш досліджених феноменів є “синдром емоційного вигорання” (burnout) — офіційно визнаний ВООЗ у 2019 році. Його симптоми включають:

- відчуття емоційного виснаження і “спустошеності”;
- зниження професійної ефективності;
- цинічне або байдуже ставлення до роботи і людей;
- відчуття безсмысленності власної діяльності.

Без належної корекції цей стан може перейти в клінічну депресію, адиктивну поведінку (алкоголь, медикаменти, азартні ігри) або соціальну ізоляцію. У воєнних умовах частина ветеранів демонструє саме такі симптоми як наслідок хронічного бойового стресу і морального виснаження.

Тривалий стрес змінює не лише психіку, а й життєву філософію людини. Часто виникає відчуття втрати сенсу, байдужості до раніше важливих цілей. З іншого боку, у частини людей після подолання важких випробувань спостерігається феномен посттравматичного зростання — переоцінка цінностей, глибше розуміння життя, посилення духовності.

Американський психолог Річард Тедеші, який описав цей феномен, наголошує: «Стрес не лише руйнує, а й може стати каталізатором внутрішнього оновлення — якщо людина отримує підтримку і знаходить сенс у пережитому».

Існують два типи реакцій на хронічний стрес:

-гіперактивний тип — людина намагається компенсувати напругу надмірною діяльністю, “йде” в роботу, кар’єру, матеріальні цілі. Ззовні така поведінка виглядає як прагнення до успіху, але насправді є втечею від страху невдачі, що часто завершується серцево-судинними або шлунково-кишковими розладами;

-пасивний тип — відмова від боротьби, зниження активності, уникання труднощів. Такий стиль поведінки сприяє розвитку депресії, апатії, психосоматичних порушень. Відомі дослідження В. С. Ротенберга і В. В. Аршавського показали, що вирішальним фактором у подоланні стресу є “пошукова активність” — прагнення змінити ситуацію або знайти нові способи адаптації. Люди, які зберігають цю активність, рідше страждають на дистрес і швидше відновлюють рівновагу.

Чи стане подія стресором, залежить не лише від самої ситуації, а й від психологічних особливостей людини — її життєвого досвіду, самооцінки, внутрішньої стійкості та способу мислення. Для одних іспит, переїзд або конфлікт — лише короткочасне випробування, для інших — потужний стресор, який викликає тривалі емоційні наслідки. Ключовим є суб’єктивне сприйняття загрози: не стільки сама подія травмує, скільки її інтерпретація.

Отже, стрес — це універсальний механізм пристосування, але саме від міри, тривалості та особистісних ресурсів залежить, стане він джерелом розвитку чи фактором руйнування. Помірний стрес стимулює зростання, тоді як хронічний дистрес виснажує нервову систему, призводить до емоційної дезадаптації, депресії та психосоматичних хвороб. Тому в сучасній психогігієні дедалі більшого значення набуває формування навичок стресостійкості, усвідомленої саморегуляції й пошукової активності — як ключових компонентів психічного здоров’я.

Також в Україні в межах програм підтримки цивільного населення та ветеранів війни увага до психоемоційної стійкості, раннього виявлення стресових реакцій і своєчасного втручання стає пріоритетом. Стрес — це не лише емоційна реакція, а складний нейрогуморальний процес, що зачіпає весь організм. Ключем до його подолання є не уникання стресових ситуацій (що неможливо), а формування навичок саморегуляції, фізичної активності та психоемоційного відновлення, які допомагають людині повернути внутрішню рівновагу навіть після найсильніших переживань.

4.Профілактика та подолання стресових станів. Проблема стресу сьогодні є однією з центральних у медицині, психології та соціальній політиці. У XXI столітті Всесвітня організація охорони здоров’я офіційно визнала хронічний стрес головним фактором ризику для психічного та соматичного здоров’я, поряд із курінням, гіподинамією та неправильним харчуванням. Понад 60% усіх захворювань у сучасної людини прямо або опосередковано пов’язані зі стресом, зокрема серцево-судинні, ендокринні, шлунково-кишкові та психічні розлади. Тому питання профілактики та

подолання стресових станів виходить за межі суто психотерапевтичної практики — воно стає завданням освітньої, медичної й соціальної систем.

Сучасна наука пропонує комплексний біопсихосоціальний підхід, який об'єднує фізіологічні, психологічні, поведінкові та соціальні стратегії стабілізації психічного стану людини.

1. Біологічна (фізіологічна) профілактика стресу. Основна мета — підтримка адаптаційних резервів організму, які забезпечують фізичну витривалість і стресостійкість. Рухова активність: регулярні фізичні навантаження — один із найефективніших способів нейтралізації гормонів стресу. Дослідження Гарвардської школи громадського здоров'я (2023) довели, що 30 хвилин помірних вправ щодня знижують рівень кортизолу на 25–30% і підвищують секрецію ендорфінів і серотоніну. Особливо корисні аеробні види активності: ходьба, плавання, біг підтюпцем, йога, пілатес. Сон і відновлення: хронічна нестача сну — один із найпотужніших стресорів. Під час сну відновлюється активність префронтальної кори, нормалізується гормональний баланс і знижується рівень тривожності. За даними National Sleep Foundation (2022), люди, які сплять менше 6 годин на добу, у 2,5 рази частіше демонструють ознаки емоційного вигорання. Велике значення має раціональне харчування. Вітаміни групи В, магній, омега-3 жирні кислоти й антиоксиданти допомагають стабілізувати нервову систему. Дієта, багата на рибу, зелені овочі, горіхи та цільнозернові продукти, знижує ризик депресивних станів на 20–30%.

2. Психологічна профілактика: когнітивно-емоційна регуляція. Цей напрям базується на розвитку внутрішніх механізмів саморегуляції, здатності людини усвідомлювати, оцінювати та змінювати свої реакції на стресори.

а. Когнітивно-поведінкові техніки.

Вони допомагають змінювати деструктивні установки (“Я не впораюся”, “Усе безнадійно”) на конструктивні (“Я зможу знайти рішення”, “Це тимчасова складність”). Мета — знизити рівень катастрофізації та повернути контроль над ситуацією. Практичні дослідження (Beck Institute, 2022) довели, що когнітивна реструктуризація зменшує суб'єктивний рівень тривоги на 40–50% у осіб із хронічним стресом.

в. Майндфулнес (усвідомлена присутність).

Методика, що походить з медитаційних практик, визнана одним із найефективніших немедикаментозних способів профілактики стресу. В експериментах Джона Кабат-Зінна (MIT, 2023) участь у 8-тижневій програмі майндфулнес-тренінгу призводила до зниження активності мигдалеподібного тіла мозку (центру страху) і підвищення стійкості до емоційних подразників.

с. Релаксаційні техніки.

Дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація Джекобсона, візуалізація — усе це сприяє нормалізації тону вегетативної нервової системи. Зокрема, метод “дихання 4–7–8” (вдих на 4 секунди, затримка на 7, видих на 8) уже через 2 хвилини знижує частоту серцевих скорочень і рівень кортизолу.

3. Соціальні фактори та підтримка. Людина — істота соціальна, тому міжособистісні зв'язки відіграють ключову роль у стресостійкості. Дослідження Стенфордського університету (2022) показали, що соціальна підтримка знижує ймовірність розвитку депресії вдвічі.

Позитивні міжособистісні контакти (спілкування з родиною, друзями, колегами) активують вироблення окситоцину — “гормону довіри”, який пригнічує дію кортизолу. Підтримка на роботі — гнучкий графік, командна взаємодія, відпочинок після інтенсивних періодів діяльності — знижує ризик професійного вигорання. Психологічне консультування — ключовий інструмент у медичних, освітніх та військових структурах. В Україні після 2022 року активно розвивається система кризового консультування для військових і ВПО, зокрема програми “Ветеранський простір”, “Психологічна підтримка онлайн” тощо.

4. Організаційна та професійна профілактика. В умовах сучасних професійних ризиків (медики, педагоги, рятувальники, військові) стрес-профілактика повинна мати системний характер. Введення програм психогігієни праці — короткі релаксаційні перерви, контроль робочого навантаження, навчання емоційній саморегуляції. В охороні здоров'я активно впроваджуються моделі “emotional debriefing” — психологічного розвантаження персоналу після екстремальних змін або складних клінічних випадків. В освітніх установах — створення “культур доброзичливості”, де цінується не лише результат, а й емоційне благополуччя студентів і викладачів.

5. Психотерапія і відновлення після стресу. Коли стрес переходить у дистрес або формує хронічні порушення, необхідна професійна психологічна допомога. Найбільш ефективними напрямками визнані:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — фокусується на зміні мислення і поведінкових шаблонів.

EMDR-терапія (десенсибілізація рухом очей) — застосовується для лікування ПТСР, успішно впроваджується в Україні у військовій реабілітації.

Тілесно-орієнтована терапія — допомагає відновити зв'язок між психікою та тілом після стресових травм.

Групові психотерапії — створює середовище довіри, соціального прийняття, обміну досвідом.

Профілактика стресу неможлива без психологічної грамотності населення. У розвинених країнах формуються навчальні програми “mental health literacy” — базові знання про природу емоцій, стресу, самопомогі. Україна поступово впроваджує подібні практики — зокрема, курси психічного здоров'я для педагогів і медиків (МОЗ, 2024). Важливо навчати людей самостереженню, розпізнаванню симптомів перевтоми, відновленню внутрішнього ресурсу через баланс “робота — відпочинок — сенс життя”.

Сучасна профілактика стресу — це не просто набір технік релаксації, а комплексна стратегія збереження психічної стійкості, яка поєднує фізичну активність, когнітивну культуру, соціальну підтримку і психологічну грамотність. У світі, де кількість стрес-факторів постійно зростає — від воєнних подій до цифрового перевантаження — вміння усвідомлювати, контролювати й конструктивно трансформувати стрес стає однією з базових компетенцій здорової особистості XXI століття.

Контрольні запитання для самоконтролю

- 1.Поняття стресу. Концепція Г. Сельє.
- 2.Основні стадії стресу.
- 3.Розмежування еустресу та дистресу.
- 4.Фізіологічні механізми стресу.
- 5.Психологічні прояви стресу.
- 6.Поняття дистресу.
- 7.Фрустрація.
- 8.Психосоматичні наслідки стресу.
- 9.Емоційне вигорання.
- 10.Методи подолання стресу.

Рекомендована література

- 1.Медична психологія: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛПРА, 2022. 300 с.
- 2.Медична психологія. Міщенко Т.С. Савіна М.В., Штриголь Д.В., Лісна Н.М.: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології: навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020.106 с.3. Джерело
- 3.Клінічна психологія: навч. посіб. / А. М. Османова, Г.В Хорунженко. К.: Університет «Україна», 2023. – 183 с.
- 4.Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ: КНТ, 2016. — 369 с.
- 5.Ільїна П.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2023.163 с.
- 6.Основи загальної та медичної психології у вищій школі : навч.посіб. / за ред. Р. І. Білобровки, 2018. 286 с.
7. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 208 с

8. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 310 с.

9. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. /П86 Уклад. О. Ю. Овчаренко. — К.: Університет «Україна», 2023. — 266 с.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Савіна Майя Василівна
Хрол Наталя Володимирівна

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Конспект лекцій
з навчальної дисципліни для здобувачів вищої освіти першого
(бакалаврського) рівня за спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 23.01.2026. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 3,65. Обсяг 1,596 Мб. Зам. № 19/26.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна