

Оверчук В. А. , Лапшова Н. С.

МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ПАТОПСИХОЛОГІЇ

2022

УДК 159.97

О

Рекомендовано Вченою радою Донецького національного університету імені Василя Стуса

Протокол від «28» жовтня 2022 року № 3

Рецензенти:

Данилюк Іван Васильович – доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології, професор кафедри експериментальної та прикладної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, за-служений працівник освіти України, член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України

Вдовиченко Оксана Володимирівна – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

Літературний редактор Олена Антонюк

Оверчук В. А., Лапшова Н. С.

Навчальний посібник «Методики дослідження в патопсихології» для студентів СО «Бакалавр» спеціальності 053 «Психологія». – Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2022. – 462 с.

Навчальний посібник «Методики дослідження в патопсихології» розглядає експериментальне використання методик у клінічній практиці для вивчення психопатологічних явищ. Викладено основні засади побудови патопсихологічного експерименту. Описано методики дослідження сенсомоторної сфери та уваги, мислення, пам'яті, сприйняття, особистості. Представлені спеціальні рекомендації для використання методик для експериментально-психологічних досліджень. Навчальний посібник відповідає курсу з даної дисципліни. Рекомендується викладачам, студентам спеціальності «Психологія», а також лікарям, психіатрам, психологам, педагогічним працівникам, фахівцям інклюзивно-ресурсних центрів.

УДК 159.97

© Оверчук В. А., 2022

© Лапшова Н.С., 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	5
I. ПОНЯТТЯ ПСИХІЧНОЇ НОРМИ І ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	8
II. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА ПАТОПСИХОЛОГІЯ	12
2.1. Завдання патопсихологічного дослідження	12
2.2. Методичні принципи патопсихологічного дослідження	16
2.3. Структура патопсихологічного дослідження (Х. Турецька, Т. Гурська)	18
2.4. Експериментально-психологічні дослідження	21
2.5. Проведення патопсихологічного дослідження.	
Підготовка заключення	36
III. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИКИ В ПАТОПСИХОЛОГІЇ	41
3.1. Діагностика порушень відчуття	41
3.1.1. Метод мінімальних змін (метод кордонів)	41
3.1.2. Метод середньої помилки (метод установки)	46
3.1.3. Метод постійних подразників (метод констант)	50
3.2. Діагностика порушень сприйняття	54
3.2.1. Дослідження сенсорної збудливості	54
3.2.2. Проба Ліпмана	56
3.2.3. Проба Ашаффенбурга	57
3.2.4.. Проба Рейхардта (проба білого(чистого) аркушу)	58
3.3. Діагностика порушень уваги	60
3.3.1. Методика «Таблиці Шульте»	60
3.3.2. Коректурна проба	66
3.3.3. Модифікація проби Бурдона, методика «Кільця Ландольта»	70
3.3.4. Методика «рахунок за Крепеліним»	74
3.3.5. Методика Мюнстерберга	78
3.4. Діагностика порушень пам'яті	82
3.4.1. Методика «Заучування 10 слів»	82
3.4.2. Методика «Відтворення оповідань»	88
3.4.3. Методика «Піктограма»	91
3.4.4. Методика «Опосередковане запам'ятовування»	96
3.4.5. Тест зорової ретенції А. Бентона	103
3.5. Діагностика порушень мислення	107
3.5.1. Методика класифікації понять	107
3.5.2. Методика «Прості аналогії»	113
3.5.3. Методика «Складні аналогії»	116
3.5.4. «Асоціативний експеримент»	122
3.5.5. Методика «Підбір слів-антонімів»	127
3.5.6. «Тест Векслера»	129
3.6. Діагностика порушень особистості	161
3.6.1. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна	161

3.6.2. Опитувальник Шмішека-Леонгарда	170
3.6.3. Опитувальник «Індекс життєвого стилю»	186
3.6.4. Шкала депресії Т. Бека	199
3.6.5. Метод дослідження фрустраційної толерантності	206
3.6.6. Особистий опитувач Кеттела CPQ (дитячий варіант)	212
3.6.7. Методика дослідження самооцінки Т. В. Дембо-С. Я. Рубінштейна (дорослий варіант)	236
3.6.8. Методика дослідження самооцінки Т. В. Дембо-С. Я. Рубінштейна (молодший шкільний, підлітковий та юнацький вік)	241
3.6.9. Методика «Рівень домагань»	245
3.6.10. Метод колірних виборів Люшера	248
3.6.11. Метод портретних виборів Сонді	256
3.6.12 Тест чорнильних плям Роршаха	276
3.6.13. Методика «Малюнок неіснуючої тварини»	300
3.6.14 Методика «Незакінчені речення»	312
3.6.15. Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	317
3.7. Діагностика порушень пізнавального розвитку дитини	334
3.7.1. Методика «Дошки Сегена»	334
3.7.2 Методика «Сюжетні вкладки»	338
3.7.3. Методика «Виключення предметів»	342
3.7.4. Дитячий апперцептивний тест	361
3.7.5. Методика «Малюнок людини»	374
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ	386
ТЛУМАЧНИЙ СЛОВНИК ПСИХІАТРИЧНИХ ТЕРМІНІВ	405
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	457
ДОДАТКИ	464
НОТАТКИ	472

ВСТУП

Патопсихологія – самостійна галузь клінічної психології. Вона вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів в нормі.

Патопсихологія як розділ медицини вивчає найбільш типові симптоми і синдроми хворобливих станів, а також займається дослідженням структури тієї чи іншої форми порушення психічної діяльності, дослідженням закономірностей розпаду в їх зіставленні з нормою. Патопсихологія може розглядати завдання як загальної медичної психології (коли вивчаються закономірності розпаду психіки, зміни особистості психічних хворих), так і приватної (коли досліджуються порушення психіки конкретного хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової чи військової експертизи).

Методи патопсихології – весь арсенал психологічних методів.

Основні методи – спостереження і бесіда.

Предметом патопсихології є порушення психічної діяльності, що виникають внаслідок психічних захворювань.

Понятійний апарат патопсихології

У понятійному апараті патопсихології можна виділити два класи понять:

1 клас – поняття, загальні для патопсихології і загальної психології;

2 клас – поняття власне патопсихологічні, поняття конкретної галузі знань, предметом якої є вивчення особливостей порушення психічних процесів, станів і особистості при різних захворюваннях.

Всі разом ці поняття складають певну теорію, з єдиних позицій пояснює закономірності порушення і відновлення вищих психічних функцій при психічних порушеннях.

Будучи розділом загальної психології, патопсихологія виходить з її теоретичних положень і спрямована на вирішення завдань, поставлених перед нею практикою психіатричної клініки. Якщо загальна психологія займається закономірностями будови і формування психіки, то патопсихологія структурою і закономірностями різних форм її розпаду.

Патопсихологія знаходиться на стику двох наук: психіатрії (психопатології) та психології. Дані патопсихології мають значення для теоретичних і практичних питань обох галузей знання. Визнання становища, що патопсихологія є психологічною дисципліною, визначає її предмет і відмежування його від предмета психіатрії.



Герман Еммінггаус (нім. Hermann Emminghaus, 20 травня 1845 (Веймар) – 17 лютий 1904 (Фрайбург)) – німецький психіатр. Вважається творцем терміна «психопатологія», а також фактичним засновником дитячої психіатрії.

Закінчив фізіологічний факультет Лейпцігського університету. Після отримання ступеня зайняв місце професора душевних хвороб в Дерптському університеті (в Російській імперії; нині Тартуський університет в Естонії), одночасно перебуваючи там же директором психіатричної клініки при університеті. У 1886 році прийняв запрошення очолити знову відкриту кафедру психіатрії в університеті Альберта Людвіга у Фрайбурзі. Основним науковим інтересом Еммінггауса були психічні захворювання у дітей і підлітків. Був відомий як прихильник скасування примусових заходів медичного характеру. Крім різних клінічних повідомлень по психіатрії, надрукованих у спеціальних журналах, він написав «Загальну психопатологію» і монографію про дитячі психозах на німецькій мові. У його честь названо відділення дитячої психіатрії в університетській лікарні Фрайбурга.

Клініцист розглядає хворобливу продукцію з позиції логіки хвороби. Для нього одиницею розгляду є окремі хворобливі форми, клініка психічних порушень перебіг і результат, а також окремі симптоми і синдроми.

Патопсихолог за клінічними симптомами шукає механізми порушень нормальної психічної діяльності. Тому для психолога характерно порівняльне вивчення нормальних і патологічних закономірностей протікання психічних процесів.

Відмінності між патопсихологією і психопатологією

Важливо пам'ятати, що патопсихологія і психопатологія – поняття нетотожні, незважаючи на схожість коренів. *Подібність* їх в тому, що обидві ці науки вивчають розлади психіки. А *відмінність* в тому, що патопсихологія – це розділ психології, і вивчає вона розлади психіки психологічними методами, на відміну від психопатології, яка є розділом психіатрії та вивчає розлади психіки клінічними методами.

Предмет психіатрії (психопатології) ширший, він включає в себе і питання генезу і етіології психічної хвороби, опис симптомів і синдромів психічних захворювань в їх динаміці, використовуються медичні методи і медичні терміни:

- *етіологія* – походження захворювання, причина;
- *патогенез* – розвиток захворювання в часі;
- *рецидив хвороби* – повторювання, «повернення» хвороби;
- *ремісія* – тимчасове «відступ» хвороби, але не лікування, так як можливе повторення.

Т. ч. *патопсихологія і психопатологія* – це науки, які мають один об'єкт дослідження, але відрізняються предметом і методами.

Прикладне значення патопсихології визначається загальнотеоретичними і практичними завданнями, що стоять перед патопсихологічними дослідженнями.

І. ПОНЯТТЯ ПСИХІЧНОЇ НОРМИ І ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Людина як біосоціальне явище в якості об'єкту психіатрії розглядається в двох підструктурах: організменній (біологічній) й особистісній (соціальній).

Організм як біологічна підструктура може знаходитися в двох біологічних альтернативних станах – нормальному й патологічному.

Особистість як соціальна підструктура також може знаходитися в двох соціальних станах – здоровому й хворому.

Стан соматичної й душевної сфери (психічних функцій) можуть оцінюватися в критеріях *норми й патології*, стан **духовної сфери** – тільки в критеріях *здоров'я й хвороби*.

Психічні функції (сприймання, мислення, пам'ять, увага, емоції тощо) можуть бути *патологічними або нормальними*, а **людина** – тільки *психічно здоровою або психічно хворою*.

Загальне здоров'я визначається як стан людини, якому властиво не тільки відсутність хвороб або фізичних недоліків, але й повне фізичне, душевне й соціальне благополуччя (відповідно до ВОЗ).

Основні критерії загального здоров'я

- структурна й функціональна збереженість органів і систем;
- властиве організму індивідуально достатньо високе пристосування до змін в типовому для нього природньому й соціальному середовищі;
- збереженість звичного самопочуття

Психічне здоров'я – одна з найважливіших складових загального здоров'я.

Критерії психічного здоров'я відповідно ВОЗ

- усвідомлення й відчуття безперервності, постійності й ідентичності власного «Я»;
- відчуття постійності й ідентичності переживання в одні типових ситуаціях;

- критичність до себе і своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатам;
- відповідність психічних реакцій (адекватність) силі й частоті впливу середовища, соціальним обставинам й ситуаціям;
- здатність до самоуправління поведінкою у відповідності з соціальними нормами, правилами, законами;
- здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати це;
- здатність змінювати спосіб поведінки в залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Ступені психічного здоров'я

Характеристика

Ідеальне здоров'я (норма), або еталон

Гіпотетичний психічний стан, який не зустрічається в реальному житті. Складові ідеального здоров'я відповідають деяким теоретичним нормам, які гармонійно інтегровані й створюють умови для повної психосоціальної адаптації та психологічного комфорту в реальній природній, соціальній дійсності та відповідають нульовій вірогідності розвитку психічної хвороби або проявам психічної нестабільності.

Середньостатистичне здоров'я (норма)

Показник, який є похідним усереднених психологічних характеристик конкретно обраної та вивченої (по статі, віку, соціальному положенню, території проживання тощо) популяції. Кожний статистично встановлений показник, є вірогідним, допускає визначену ступінь коливань (із знаком «+»/«-») й відхилень від ідеального здоров'я. Цей показник уявляє визначений ризик виникнення психічних розладів, у виключних випадках крайні відхилення в стані такого здоров'я можуть відповідати крайнім варіантам деяких хвороб.

Конституційне здоров'я (норма)

Співвідношення визначених, достатньо специфічних типів психічного стану здорових людей з тим чи іншим типом тілесно–організмальної конституції (конструкції, будови). З цим узгоджується думка про те, що подібні комбінації створюють схильність до визначеного кола захворювань. Ця схильність стала причиною того, що для їх термінологічного визначення, наприклад: циклоїдний (пікнічний) тип, шизоїдний (лептосомний) тип, епілептоїдний (атлетоїдний) тип.

Акцентуація (норма)

Варіант психічного здоров'я, який характеризується особливим вираженням, загостренням, непропорційністю деяких рис характеру всьому складу особистості й призводить її до певної дисгармонії. Акцентуація, не заважаючи адаптації особистості в соціальному середовищі, в якійсь мірі звужує її межі й таким чином визначає ситуаційну уразливість особистості, збільшуючи ризик виникнення психічних розладів, як правило психогенних. До акцентуацій можуть відноситися деякі аномалії особистості, однобічна обдарованість, явища непатогенного психічного дизонтогенезу тощо.

Передхвороба

Характеризується появою перших, розрізнених, епізодичних, синдромально незавершених ознак психічної патології, дисфункції, які є причинами і ознаками нерізких порушень соціальної адаптованості.

Психічну хворобу, розлад або аномалію слід розглядати як звуження, зникнення або збочення критеріїв психічного здоров'я.

Питання для самоперевірки:

1. Охарактеризуйте організм як біологічну підструктуру.
2. Охарактеризуйте особистість як соціальну підструктуру.
3. Визначте основні критерії здоров'я.
4. Назвіть критерії психічного здоров'я.
5. Назвіть ступені психічного здоров'я.

II. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА ПАТОПСИХОЛОГІЯ

2.1. Завдання патопсихологічного дослідження

Експериментальна патопсихологія – це частина патопсихології, яка використовує експериментально-психологічні методи дослідження. Патопсихологічне дослідження має прикладне значення для вирішення наступних завдань.

Практичні завдання

1. Дані патопсихологічного експерименту можуть бути використані для диференційно-діагностичних цілей. Отримання даних, необхідних для діагностики. Ці дані носять лише допоміжний характер, і мають цінність лише в зіставленні з даними клінічного спостереження, а також, іноді, з результатами інших лабораторних досліджень. Експериментально-психологічне дослідження сприяє ранньому виявленню симптомів захворювання і встановлює їх своєрідність.

Наприклад, іноді при зовні неврозоподібній клінічній картині захворювання патопсихолог при спеціальному дослідженні знаходить зміни мислення і емоційності, характерні для шизофренічного процесу. Або, при початкових ознаках мозкового органічного процесу патопсихолог виявляє ознаки очагово-атрофічного ураження головного мозку.

У цих випадках стає можливою найбільш рання діагностика психічного захворювання. Особливо це важливо в тих випадках, коли від термінів визначення захворювання залежить ефективність лікування. Нерідко уточнення діагнозу необхідно і при великій тривалості захворювання, коли симптоматика вже сильно змінилася.

Наприклад, при необхідності диференціювання психопатії та психопатоподібного дефекту при шизофренії. Подібна діагностика істотна для визначення стратегії лікування і для вирішення соціальних питань, наприклад, питань про визначення працездатності хворого. У цих випадках виявлення в експерименті особистісних змін і патології мислення, властивих шизофренії, істотно спрощують задачу.

2. Дані психологічного експерименту використовуються для опису динаміки психічного стану хворих в процесі терапії, а саме:

- динамічна характеристика стану хворого на різних етапах лікування;
- вивчення дії фармакологічних препаратів, прогноз результатів лікування і можливі побічні дії.

Патопсихологічне дослідження може допомогти тут визначити два фактора. Перший – прогностичне значення, тобто, який стан утворюється у хворого після лікування. Другий – це роль структури психічного дефекту для визначення подальших реабілітаційних заходів.

Наприклад, якщо після того як шизофренічний напад вже пройшов, а структурні розлади мислення залишаються, – це прогностично несприятлива ознака. Вона свідчить про ненадійність і нетривалість поліпшення і може бути підставою для більш тривалого періоду прийому ліків, для більш пильного спостереження лікарями тощо.

3. Дані експериментальної патопсихології мають велике значення при вирішенні питань психіатричної експертизи: трудової, судової і військової. В рамках експертизи, можливо, визначити навмисне спотворення результатів дослідження (установчу поведінку):

- симуляція – психічно здорова людина зображує наявність патології;
- дисимуляція – наявність у хворого установки на применшення ступеня вираженості наявних у нього розладів;
- агравація – установка на перебільшення наявних порушень (в силу певних причин, хворий підсилює якісь прояви хвороби).

В судовій експертизі зустрічаються ситуації, коли саме за результатами психологічного дослідження підсудний може або бути звільнений від відповідальності за скоєне, або отримати багаторічний термін тюремного ув'язнення. Причому, в цьому випадку, саме результати психологічного дослідження є визначальними, хоча, вони можуть бути не завжди однозначними. Менш визначними можуть бути результати дослідження, пов'язані з трудовою і військовою експертизою, але це тільки зовні. Ситуації, коли солдати не витримують емоційне і фізичне напруження армійської служби і починають стріляти в своїх товаришів по службі – нерідкі. Від трудо-

вої експертизи також залежить життя і долі людей. Багато пацієнтів психіатричних клінік з великими труднощами можуть засвоїти інші види діяльності, тому з точки зору їх адаптації в суспільстві краще, якщо вони залишаються на своєму робочому місці.

Але іноді це може бути небезпечним для інших людей (диспетчер зі слуховими галюцинаціями, вихователь, який відчуває непереборне бажання затягнути шарфик на дитині).

Вирішити питання про те, де реальна небезпека, а де уявна, багато в чому допомагає експериментально-психологічне обстеження.

4. Використання даних патопсихологічного експерименту в психіатричній клініці дитячого віку. Поряд із завданням диференціальної діагностики та обліку ефективності лікування, постає специфічні для дитячої психіатричної клініки питання про прогноз на учіння. Патопсихологічне дослідження допомагає вирішити – може впоратися той чи інший учень з програмою загальноосвітньої школи, або він потребує переведення до допоміжних класів або має потребу в індивідуальному навчанні.

5. Дані психологічного експерименту можуть бути використані при обґрунтуванні психологічних рекомендацій та психокорекції (наприклад, при лікуванні неврозів, алкоголізму). Робота психолога націлена не тільки на встановлення наявності того чи іншого порушення пізнавальної або мотиваційної сфери або характеристики зміненої самооцінки, рівня домагань хворого, але і на кваліфікацію прихованих можливостей хворого. Патопсихологічне дослідження може дати інформацію, яка допоможе вибрати той чи інший метод психокорекції. Також можна зробити і припущення про орієнтовні терміни психотерапевтичної роботи. Раніше, коли гіпноз використовувався дуже широко, досліджувалося питання про ступінь сугестивності пацієнтів.

6. Патопсихологічні дослідження проводяться і з науковою метою, для аналізу ще недостатньо вивчених патопсихологічних проявів тих чи інших психічних захворювань. З цією метою проводиться дослідження великих груп хворих, що підбираються за принципом наявності у них симптомів що досліджуються. У наукових дослідженнях велику роль набуває статистика, а статистична достовірність досягається за рахунок чисельності досліджуваної групи.

Умовно, всі види діагностичних методів, які використовуються в патопсихології, можна розділити на:

- клінічні (диференційно-діагностичні, топічні);
- діагностику структури і ступеня вираженості порушень психічної функції;
- діагностику особистісних особливостей пацієнта;
- діагностику аномалій розвитку в дитячому віці;
- експертизу (військово-лікарську, лікарсько-трудова, судово-психіатричну, медико-педагогічну, реабілітаційну);
- психокорекцію.

Питання для самоперевірки:

1. Характеристика експериментальної патопсихології.
2. Завдання патопсихологічного дослідження.
3. Роль даних патопсихологічного дослідження в диференційно-діагностичному процесі.
4. Роль даних патопсихологічного дослідження в оцінці динаміки психічного стану хворих.
5. Значення результатів патопсихологічного дослідження в проведенні психіатричної експертизи.
6. Використання даних патопсихологічного експерименту в психіатричній клініці дитячого віку.
7. Види діагностичних методів патопсихологічного дослідження.

2.2. Методичні принципи патопсихологічного дослідження

Патопсихологічний експеримент, як і будь-який інший тип психологічного експерименту, – це штучне створення умов, які виявлятимуть ті чи інші особливості психічної діяльності людини в її патології (оскільки мова йде про патопсихологію). Для такого експерименту характерно викликання психічних процесів в суворо визначених умовах.

Принципи патопсихологічного дослідження

1. Системний і якісний аналіз досліджуваних порушень психічної діяльності. Цей принцип обумовлений теоретичними положеннями загальної психології. Психічні процеси формуються прижиттєво за механізмом присвоєння загальнолюдського досвіду, тому патопсихологічний експеримент спрямований не на дослідження і вимірювання окремих процесів, а на дослідження людини, що здійснює реальну діяльність. Він спрямований на якісний аналіз різних форм розпаду психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливість її відновлення.

2. Виходячи з того, що будь-який психічний процес має відому динаміку і спрямованість, слід так побудувати експериментальні дослідження, щоб вони відбивали збереження або порушення цих параметрів.

3. Результати експерименту повинні дати не стільки кількісну, скільки якісну характеристику розпаду психіки.

4. Експериментальні дані повинні бути надійні.

5. Один і той же патопсихологічний симптом може бути обумовлений різними механізмами, він може стати індикатором різних станів. Тому характер порушень повинен бути оцінений в комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження, тобто необхідно провести синдромальний аналіз.

6. Психологічне дослідження в клініці може бути прирівняне до «функціональної проби». У ситуації патопсихологічного експерименту роль функціональної проби можуть грати ті завдання, які в змозі актуалізувати розумові операції, якими користується людина в своїй життєдіяльності, його мотиви, які спонукають цю діяльність.

7. Патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не тільки розумові операції хворого, але і його особистісне ставлення. Психічне і психопатологічне явище можна зрозуміти на основі врахування відношення людини до роботи, його мотивів і цілей, ставлення до самого себе.

8. Патопсихологічний експеримент є по суті взаємною діяльністю, взаємним спілкуванням експериментатора і випробуваного. Тому його побудова не може бути жорсткою. Його побудова має дати можливість виявити не тільки структуру змінених, але й збережених форм психічної діяльності хворого.

9. Побудова експериментальних прийомів має надати можливість враховувати пошук рішення хворим. Побудова психологічного експерименту має дати можливість експериментатору «втрутитися» в стратегію експерименту, щоб виявити, як хворий сприймає «допомогу» експериментатора.

Т.ч., експериментально-психологічне дослідження має відповісти на питання, як порушена течія психічних процесів. У вивченні конкретних аномалій розвитку особистості та недорозвитку психіки, основні завдання психологічних досліджень пов'язані з виявленням тих основних компонентів психічної діяльності, недорозвинення або аномалія яких обумовлює формування патологічної структури психіки.

При проведенні патопсихологічного експерименту важливу роль відіграє врахування динамічного принципу (тобто врахування змін психопатологічних проявів в ході перебігу хвороби). Вивчення психологічної структури того чи іншого патопсихологічного синдрому виявляється більш успішним, якщо враховується стадія захворювання і зіставлення психологічних даних, що відповідають різним стадіям, наприклад, в дебюті хвороби, в стадії максимальної виразності клінічних проявів або при наростанні психічного дефекту.

Питання для самоперевірки:

1. Дайте характеристику патопсихологічному дослідженню.
2. Визначте принципи патопсихологічного дослідження.
3. Визначте коло питань на які має дати відповідь патопсихологічне дослідження.

2.3. Структура патопсихологічного дослідження (Х. Турецька, Т. Гурська)

Дані патопсихологічного обстеження треба порівнювати із психофізичним статусом хворого, динамікою протікання розладу, що дає змогу називати патопсихологію прикладною галуззю психологічної науки.

Серед особливостей проведення патопсихологічного дослідження (патопсихологічного експерименту) виокремимо такі:

1. Патопсихолог проводить дослідження із пацієнтом, який страждає від психічного розладу, що уможлиблює контакт із хворим та специфіку проведення дослідження;
2. Врахування «штучності» ситуації патопсихологічного експерименту, що створює поле для глибшого розуміння особливостей особистості і поведінки хворого, а також потребує від патопсихолога перевірки надійності отриманих даних і уникнення швидкої екстраполяції окремих встановлених у процесі дослідження ознак порушень психічного функціонування на загальні висновки.

Орієнтовна схема психологічного дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку

1. Дослідження розумової працездатності з виявленням показників виснажуваності; усуладненої впрацьовуваності, коливань працездатності.
2. Вивчення уваги - її обсягу, здатності дитини до довільної концентрації, розподілу та переключення.
3. Дослідження процесів запам'ятовування та відтворення.
4. У деяких випадках – вивчення процесу сприймання (якщо виникає підозра щодо порушення цього процесу).
5. Вивчення інтелекту: рівень розвитку вербального та невербального інтелекту, формування шкільних умінь та навичок, життєвої орієнтованості, можливостей розвитку інтелекту у процесі навчання.

6. Дослідження процесу мислення: пошук специфічних феноменів мислення, характерних для порушень психічного розвитку (конкретність, інертність або спотворення мислення). Вивчення процесу мислення має проводитися в усіх випадках, коли є підозра щодо порушення психічного розвитку, та незалежно від визначеного рівня розвитку інтелекту.

7. Дослідження особливостей мови: розвиток та збереження смислової, змістовної структури мови, наявність порушень у вигляді фонетичних дефектів, заїкання, недостатність функції читання та письма. Докладніше вивчення мовного розвитку дитини належить до компетенції логопеда.

8. Вивчення емоцій: переважаючий емоційний фон, наявність різних коливань емоцій, феномени страхів, тривожності взагалі та шкільної особливо, наявність схильності до концентрації негативних емоцій.

9. Дослідження особистісних особливостей: головна мотивація діяльності, самооцінка та ставлення до оточуючих, рівень домагань та його динаміка у випадку успіху та невдачі, наявність внутрішньо особистісних конфліктів та механізмів компенсації, реакції у стані фрустрації; параметри екстраверсії, нейротизму, особливості темпераменту тощо.

Структура патопсихологічного обстеження хворого може бути такою:

1. Структурне (первинне) інтерв'ю, методика Дембо-Рубінштейна, ММРІ (Міні-мульт), ПДО (дослідження особистісно-мотиваційної сфери);

2. Таблиці Шульте, відраховування за Крепеліним (дослідження сенсомоторних реакцій);

3. Методика «Десять слів» (дослідження мнестичної сфери);

4. Методики «Класифікація», «Виключення», «Порівняння понять», «Складних і простих аналогій», «Розуміння прислів'їв», «Піктограми» (дослідження аналітико-синтетичної діяльності); Методики дослідження інтелекту (тест Равена).

5. Висновки.

Дослідження пацієнтів відбувається за допомогою поєднання двох методів: аналізу історії хвороби (дає відповідь на питання аналізу патологічних змін потреб хворого та ієрархії мотивів, тобто допомагає досліднику зрозуміти, як формуються і чи простежуються патологічні зміни особистості), що може «здійснюватись паралельно із проведенням клінічного інтерв'ю та експериментально-психологічного дослідження.

Слід зазначити, що первинне інтерв'ю під час патопсихологічного обстеження триває зазвичай довше, ніж годину, що зумовлено специфікою стану самих хворих та особливостями перебування в стаціонарі.

Проте, у деяких випадках (при астено-депресивному синдромі, наприклад) тривалість патопсихологічного дослідження може зменшуватись, що так само є діагностичним показником та може бути використане для перевірки діагностичних гіпотез у процесі диференційної діагностики.

Питання для самоперевірки:

1. Назвіть особливості проведення патопсихологічного дослідження.
2. Структура патопсихологічного дослідження.
3. Особливості роботи з пацієнтами в ході проведення патопсихологічного дослідження.
4. Методи патопсихологічного дослідження.

2.4. Експериментально-психологічні дослідження

Для оцінки психічного стану хворого слід користуватися усіма групами методик і в протоколі дослідження позначати не тільки відповіді хворого, але й особливості його поведінки під час проведення дослідження, висловлювання, ставлення до самого факту обстеження, тощо. При проведенні тестування досліджуваному є цілком допустимими. Слід пам'ятати, що хворі інколи болісно реагують на власну неспроможність, виявлену протягом дослідження. У такому разі слід пояснити мету дослідження і запевнити пацієнта щодо тимчасового характеру наявних у нього порушень.

При поясненні мети дослідження слід пам'ятати, що для більшості людей психологічно більш прийнятно звучить перевірка «пам'яті», «уваги», «стану нервової діяльності», а не «розуму», «інтелекту», або «здібностей».

Пропонування хворим надто простих завдань може іноді ображати їх, підштовхувати їх до висновку, що їх вважають «дурнями», «психами» тощо. У такому разі слід розпочинати дослідження з більш складних завдань, які можуть зацікавити хворого. Якщо пацієнт почувається невпевнено і боїться виказати свою неспроможність, кілька простих питань заспокоять його. Нижче наведено деякі із методів, що їх можна застосувати для дослідження функцій психіки.

Дослідження відчуття і сприйняття

Впізнавання зображень на картинках – сприйняття звичайних картинок, упізнавання зображень при наявності лише елементів зображення (контурів, силуетів, основних штрихів) чи побічних елементів, що ускладнюють впізнавання. Обстежуваному пропонують роздивитися одне за одним зображення і назвати їх. Спочатку показують більш прості картинки з чітким зображенням деталей, потім – дрібніші, контурні, силуетні, закреслені, накладені одна на одну й так по мірі зростання складності. Контурні малюнки із зображенням собаки показують по черзі зліва направо і пропонують досліджуваному «домалювати» в своїй уяві те, чого не вистачає. Для дослідження оптичного гнозису використовують спеціальні таблиці. Порушен-

ня сприйняття зображень особливо часто спостерігається у хворих із явищами психічної слабкості і розладами свідомості (астенічні, аментивні, аметивноподібні стани), у дітей із вираженою розумовою слабкістю. Залежно від вираженості розладів зображення більш прості і близькі до реальних предметів сприймаються вірно, а сприйняття малюнків силуетних, контурних, незакінчених, перекреслених або накладених один на одний є ускладненим.

Сенсорна збудливість і реакції вегетативної нервової системи при сприйнятті ускладнених малюнків – хворому пропонують вдивитися у таблиці, що зображують «рухливі квадрати», а потім – у таблицю «хвилястий фон». При розгляданні першої таблиці, друга закривається білим листком паперу і навпаки.

Вдивляючись у другу таблицю, досліджуваний повинен підрахувати квадратики у першому ряду. Фіксується час, витрачений на підрахунок квадратиків у кожному ряду, а також вегетативна реакція і скарги досліджуваного, що виникають при першому погляді на «рябий» фон, спрямування «обертання» квадратиків.

На іншій таблиці пропонують по черзі підрахувати неясно намальовані кола, квадратики і трикутники, розкидані на фоні хвилястих ліній. При цьому потрібно звертати увагу на те, як обстежуваний сприймає хвилястий фон, які у нього виникають суб'єктивні відчуття, чи не намагається він повернути картинку так, щоб хвилясті лінії знаходились вертикально, для полегшення сприйняття малюнку.

В рамках психопатологічних станів (делірій і передделірій, гіперестетична емоційна лабільність, сенсорна форма енцефаліту, наслідки арахноїдиту і т.ін.) на початку пізнавального процесу мають явно переважати емоційні та вегетативні реакції.

При першому погляді на «рябий» чи «хвилястий» фон у хворих із вираженою сенсорною збудливістю виникають вегетативні реакції, ілюзорний стереоскопічний обман (хвилі здаються випуклішими), неприємні відчуття мов при розкачуванні, мерехтіння перед очима тощо. Це дослідження допомагає «об'єктивізувати» скарги і служить диференційно-діагностичним критерієм токсичних і органічних уражень головного мозку.

Дослідження мислення

Узагальнення понять – зображення або назви різних предметів пропонуються назвати одним словом, узагальнюючим родовим поняттям. *Завдання на перевірку функціонування другої сигнальної системи:* досліджується здатність до синтезу і сприйняття асоціацій з минулого життєвого досвіду. Наприклад, назвати одним словом: а) поезія, музика, живопис, кіно; б) корова, кінь, віслик, свиня.

Розподіл понять – пропонується назвати відомі пацієнту види тварин, рослин, тканин та ін. Досліджується логічний процес, протилежний узагальненню. *Використовується стосовно другої сигнальної системи, аналізу.*

Визначення і розмежування понять – пропонується дати визначення, що таке кішка, життя, сніг, горизонт, правда, тощо, визначити різницю між дитиною і карликом, скупістю і ощадливістю, сосною і березою, бджолою і мухою, тощо. Досліджується складна аналітико-синтетична діяльність другої сигнальної системи, яка базується на здатності виділяти суттєві поняття. Це ґрунтується на виділенні загальних суттєвих ознак предметів та явищ, відображенні суттєвих ознак через мовні реакції.

Виключення понять – пропонується виділити з групи предметів об'єднаних одним родовим поняттям предмет, який не стосується цього поняття. Завдання потребує розпізнання корою мозку складних комплексних подразників по загальних і суттєвих ознаках в однорідних комплексах. Це основа класифікації предметів, що у минулому життєвому досвіді отримала підтримку. Наприклад: а) сміливий, хоробрий, злий, відважний, рішучий; б) хвилина, секунда, доба, година, вечір; (яке слово потрібно виключити, щоб залишилися тільки однорідні).

Аналіз відношень понять – виявлення вміння встановлювати і узагальнювати відношення між поняттями. Виділення відношень забезпечується цілісністю кіркового аналізу при провідній ролі другої сигнальної системи. Обстежуваному пропонують вибрати у ряді відношень аналогічне першому відношенню даного ряду. Наприклад, до відношення «бібліотека» (книга) піддослідний повинен вибрати відношення «ліс» (дерева), керуючись загальним поняттям ціле/частина.

Розуміння переносного змісту прислів'я і метафори – прислів'я з погляду фізіології є складним словесним подразником, що має дві основні ознаки: прямий і переносний зміст. Друга ознака виділяється на основі першої за механізмом часового зв'язку (асоціації), що утворений минулим життєвим досвідом. Нерозуміння переносного змісту прислів'я обумовлюється виснаженням або гальмуванням цього зв'язку. Трапляється також нерозуміння переносного змісту прислів'я внаслідок гіпнотичного стану кори. У цьому випадку певна ознака подразника – переносний зміст прислів'я – викликає гальмівну дію, а менш суттєва ознака – прямий зміст – діє позитивно. Розуміння переносного змісту незнайомого прислів'я обумовлене абстрагуванням від прямого змісту внаслідок відтворення зв'язку життєвого досвіду між великими і малими узагальнюючими словами. При нерозумінні переносного змісту хворі підбирають вислови, які мають зовнішню подібність із прислів'ям. Це свідчить про недостатній розвиток абстрактного мислення з фіксацією на загальних другорядних елементах. Досліджуючи розуміння метафор (заяча душа, тяжка людина, вовчий апетит, глухий степ, кам'яне серце), пацієнту пропонують відповісти щодо того, у якому значенні вживають ці вирази. Таким чином, порушення процесів відволікання і узагальнення можуть пояснюватися недостатнім запасом часових зв'язків, утворених в минулому життєвому досвіді (у хворих на олігофренію); стійкою втратою часового зв'язку (при органічному ураженні кори); розладами сприйняття часового зв'язку на фоні дифузного гальмування кори головного мозку (у хворих на шизофренію).

Дослідження осмислення

Розуміння змісту сюжетних картин. Репродукції картин пропонують для того, щоб роздивившись їх, досліджуваний розповів що на них зображено. Завдання полягає у виділенні досліджуваним значних деталей картини і визначенні її основного змісту. Таким чином, досліджуються складні форми аналітико-синтетичної діяльності головного мозку за участю обох сигнальних систем. При виражених астеничних станах, синдромах порушеної свідомості тощо, спостерігається зменшення здатності до осмислення сюжету. У та-

кому разі хворі виділяють лише окремі предмети, деталі, та ігнорують існуючі між ними смислові зв'язки і відношення. Цей тест дає підставу судити про преморбідний стан особистості хворого – на підставі емоційного ставлення до сюжету картини, зображеного на ній, тощо.

Розповідь за картинками із послідовним розгортанням сюжету. Пропонують розглянути серію картинок і скласти розповідь. Аналіз і синтез складного комплексу подразника теж здійснюється у першу чергу зоровим аналізатором першої сигнальної системи, але супроводжується аналітико-синтетичною роботою другої сигнальної системи, котра полягає у певних судженнях і умовиводах.

Силогізми – умовисновки, у яких із двох категоричних суджень, пов'язаних одним загальним терміном, виходить третє, яке називають висновком, причому пов'язуючий термін у висновку відсутній. Наприклад: Люди смертні. Цезар людина. Отже, Цезар – смертний. З фізіологічного погляду, рішуче значення для висновку має та частина судження-посилу, яка повторюється в обох посилах і є пов'язуючою ланкою: у нашому прикладі, це – слово «людина».

Тест містить у собі два посили-твердження, і 4 висновки, із котрих лише один – вірний.

Дослідження пам'яті

Проба на запам'ятовування 10 слів: тестується механічна слухова пам'ять. Обстежуваному 3 рази зачитують 10 не пов'язаних між собою слів. Після кожного читання просять повторити слова у будь-якій послідовності, занотовуючи у протоколі вірність відповідей. Через годину пропонують повторити запам'ятовані слова і дані занотовують до протоколу. В нормі, при третьому повторюванні обстежуваний відтворює 9 чи 10 слів. Приклад слів: голка, троянда, межа, кішка, горе, пам'ять, книга, вино, поле, робота.

Заучування тексту – зачитують текст, що має певну кількість смислових одиниць. Досліджується короткочасна безпосередня пам'ять і функції ретенції. При відтворенні враховується не тільки кількість, а й послідовність відтворених асоціацій. В нормі після 2–3 кратного зачитування пацієнти легко справляються із заучуванням. Виражені порушення спостерігаються при *органічних ураженнях головного мозку різного генезу*.

Піктограма – застосовується для вивчення опосередкованого запам'ятовування і функцій мислення. Пацієнтові дають чистий листок паперу і пропонують для запам'ятовування названих йому 12 слів зробити нескладний малюнок, забороняючи при цьому числові і літерні позначки. Зазвичай спершу називають слова більш конкретного змісту, а далі, впевнившись, що обстежуваному вдається виконувати завдання, переходять до більш абстрактних понять. Приклади слів: теплий вечір, голодна дитина, сміливий вчинок, беззубий дід, щастя, перемога, ворожнеча, багатство, мрія, розум, нудьга, надія.

Після виконання завдання протокол з малюнками відкладають вбік, здійснюють інші дослідження, а через годину пропонують пригадати за малюнком задані слова. Залежно від того, який символ використовувався досліджуваним для запам'ятовування слова, можна судити не тільки про опосередковане запам'ятовування, але й про характер асоціацій. Здорові люди зазвичай швидко малюють вигадані образи, лаконічно, адекватно а часто і стереотипово символізують пропоновані слова. Такі малюнки зазвичай можна «прочитати», навіть не знаючи запропонованих для пам'яті слів. Хворі з *недостатністю інтелекту органічного генезу і олігофренією легкого ступеня* простіше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту (веселе свято, смачний обід і т.д.) і мають труднощі при позначенні абстрактних понять (сумніви, думка та ін.). Малюнки цих хворих відзначаються конкретністю, відсутністю «умовностей». У хворих на *епілепсію* зміст малюнків має виражений егоцентричний характер. Піктограми хворих на *шизофренію* часто втрачають предметний зміст, є псевдоабстрактними (стрілки, математичні позначки і т.ін.), парадоксальними, повторюваними, а слова, що за ними відтворюються часто не є відповідними до початкових.

Повторювання чисел у прямій і зворотній послідовності. Досліджується оперативна пам'ять. Пацієнтові зачитуються двозначні числа із послідовним нарощуванням їх розмірів у прямому, а далі – зворотньому порядку. Правильне їх відтворення характеризує обсяг оперативної пам'яті. В нормі це від 2 до 7 елементів.

Запам'ятовування геометричних фігур, простих і більш складних малюнків – досліджується можливість створення і відтворення

одразу декількох тривалих зв'язків, що замикаються на подразники першої сигнальної системи (зорові комплекси – незнайомі і знайомі, відносно прості і більш складні). Досліджуваному пропонують уважно роздивитися і запам'ятати геометричні фігури на таблиці протягом 10 секунд (інша половина таблиці закривається), а далі просять відшукати їх серед фігур, що зображені на іншій половині таблиці. В нормі досліджувані запам'ятовують не менше 5-6 фігур. Таким же чином проводиться дослідження на запам'ятовування зображень інших предметів на відповідних таблицях.

Дослідження уваги

Послідовне і ускладнене віднімання чисел, перераховування місяців і днів. Пропонують послідовно усно віднімати від 100 непарне число, зазвичай

17 або 7, більш легким завданням є 13 або 3. Оцінюючи результати дослідження, відзначають похибки в одиницях (розлади комбінаторики) і десятках (порушення уваги). Пропонують порахувати цифри, перерахувати місяці і дні тижня у прямому та зворотному порядках, пропускаючи кожен другу і четверту цифри або назви.

Відшукування чисел. Використовуються **таблиці Шульте**, за допомогою яких досліджують темп і обсяг уваги. Зазвичай використовується п'ять різних таблиць, на яких хаотично в клітинках внесені числа від 1 до 25. Необхідні секундомір і указка. Пропонується відшукати і вказати указкою на таблиці числа у напрямку їх зростання від 1 до 25. Експериментатор відслідковує правильність дій досліджуваного і позначає час за секундоміром. Нормальний результат складає від 30 до 50 секунд (в середньому 40-42 сек.) на таблицю, тоді як, наприклад, при вираженому атеросклерозі головного мозку на одну таблицю витрачається до 2-3 хвилин.

Коректурна проба і рахунок за Крепеліном. Досліджуються стійкість, здатність до концентрації, виснажуваність і переключення уваги. Здійснюється за допомогою спеціальних бланків з рядками літер чи стовбчиків цифр. Треба або закреслювати одну чи дві певних літери за вибором дослідника, або на швидкість додавати цифри у стовбчик, записуючи знизу стовбчика суму. Кожні 30 чи 40

секунд роблять помітку у тому місці таблиці, де зараз працює пацієнт.

Також фіксується час, затрачений на всю операцію. Враховується кількість помилок на одиницю часу, темп виконання завдання, розподіл похибок протягом часу виконання тесту. Завдання можна застосовувати повторно, для оцінки динаміки стану під впливом терапії.

Дослідження інтелекту

Досліджуючи інтелект слід пам'ятати, що рівень його залежить від стану зумовлюючих функцій: сприйняття, уваги, пам'яті, моторики, пізнавальної активності.

Відповідність наявного запасу знань і освіти життєвому досвіду.

Для цього пропонують ряд питань, котрі обов'язково мають бути адекватні освіті та можливому рівню розвитку інтелекту. Якщо цього не врахувати, то наступний контакт із хворим може бути порушеним, особливо у випадках, коли хворого із вищою освітою почати запитувати елементарні відомості, або коли при відсутності у хворого відповідної освіти, йому будуть запропоновані надто складні питання. Питання мають містити в собі можливість виявити оптимальність орієнтації і поведінки хворого у звичайних життєвих ситуаціях (як хворий діяв би на випадок пожежі, заблукавши у лісі, здійснюючи покупку на ярмарку, тощо). Надалі відповідно до наявного розумового багажу застосовуються відповідні завдання для перевірки можливостей більш складного аналізу і синтезу.

Складання картинок із відрізків – пропонують у зростаючій складності співставити 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші три малюнки розрізані на 4, а інші – на більшу кількість частин. Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізані по-різному. Для повторного дослідження потрібно мати кілька аналогічних комплектів. Відрізки малюнка даються досліджуваному без певного порядку, перевернутими і без цілого зразка. Враховуються не тільки час, витрачений на виконання роботи і кінцевий результат, але й особливості виконання завдання. Вірне виконання потребує спочатку аналізу наданого матеріалу, а далі – послідовного планомірного зіставлення малюнку. Суттєву роль при цьому відіграє виділення опорних сигнальних деталей малюнку. При *інтелектуальній недостатності* такий аналіз страждає і хворі намагаються співстави-

ти малюнок притуляючи відрізки один до іншого методом спроб і помилок, що свідчить про відсутність алгоритму діяльності. Може бути порушеним критичне мислення, коли неправильно співставлені відрізки обстежуваний лишає на місці.

Розуміння розповідей – результати свідчать про осмислення сюжету розповіді і стан пам'яті. Добираються спеціальні розповіді, частіше повчального характеру, на зразок приказок. При викладенні хворим розповіді звертають увагу на словарний запас, темп мови, структуру фраз, лаконічність чи навпаки надмірну деталізацію. Суттєве значення має те, наскільки сприймає пацієнт прихований зміст, чи пов'язує його з навколишньою дійсністю, чи сприймає іронію і гумор. Розуміння прихованого і переносного смислу при *інтелектуальній недостатності* може бути відсутнім, незважаючи на дуже близький до тексту переказ. Іноді перекази допомагають виявити резонерство та інші патологічні судження. Для цього заздалегідь слід приготувати тексти різного ступеня складності.

Проба Ебінгауза являє собою текст із пропущеними словами. Читаючи цей текст, досліджуваний має відновити пропущені слова. При цьому може бути виявлене порушення критичності мислення, коли досліджуваний включає довільні слова, інколи за асоціацією з попередніми, а брутальні похибки не коригує інколи навіть після зауваження експериментатора.

Тест на виключення понять (вивчення рівня узагальнення, здатності до виділення головних ознак предметів і явищ).

Картинки і тексти із невідповідностями – досліджується аналітико-синтетична діяльність сигнальних систем, що здійснює досить тонкий аналіз комплексного подразника (розрізнення усіх деталей на картинках з «дивацькими» деталями) і усіх часових зв'язків, що відображають закономірні зв'язки між предметами і явищами. На основі цих зв'язків і виникає судження щодо відповідності чи невідповідності малюнку дійсності.

Тест Равена (прогресивні матриці) – ґрунтується на здібності заповнювати відсутні деталі на зображенні. Методика складається із 60 графічних малюнків, поділених на 5 серій зростаючої складності; задачі вирішуються у напрямках як всередині серії, так і від серії до серії. Досліджується аналітико-синтетична діяльність головного

мозку, ступінь концентрації у зоровому аналізаторі, за рахунок яких відбувається порівняння і вибір. У даному випадку важливу роль відіграє друга сигнальна система, що працює у напрямку розуміння досліджуваним поставленої перед ним задачі, а потім – у виконанні логічних операцій, що дозволили б установити принцип, за яким побудовано чергове завдання.

На підставі успішності виконання завдань вираховується коефіцієнт інтелекту – IQ (Intellectual Quotient), офіційно узгоджений з цією метою Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Середньою нормою вважається 100, але в сучасній популяції більшість людей мають показник вище 100. Від 90 до 70 вважаються межовими показниками, «низькою нормою». Величини від 70 до 50 вважаються дебільністю, а імбецильність – показники нижче 50.

Вирішення математичних задач із застосуванням таблиці множення, опитування за тими розділами шкільних наук, що ґрунтуються на абстрактних категоріях мислення (математика, геометрія, фізика, хімія).

Наприклад: 10 олівців коштує 70 копійок. Скільки коштує 3 олівця? Яка хімічна формула води? Сірчаної кислоти? Як виміряти площину підлоги? Що є більшим – радіус чи діаметр? тощо.

Mini-mental scale examination (MMSE) – коротка структурована шкала оцінки когнітивних функцій, що дозволяє виявити клінічно виражену деменцію (оцінка нижче 16 балів), а також легке зниження когнітивних функцій (від 24 до 16 балів) при максимальному показнику 30 балів. Оцінка вище 28 балів відповідає віковій нормі, а діапазон 25-28 балів може свідчити про легке зниження інтелектуально-мнестичних функцій. При аналізі результатів потрібно зважати на освітній рівень пацієнтів і культуральні відмінності.

Широко використовується шкала оцінки когнітивних функцій *при хворобі Альцгеймера* (ADAS-cog, W.G.Rosen, 1984), що являє собою батарею коротких індивідуальних тестів для дослідження пам'яті, мови, конструктивного та ідеаторного праксису і т.п. Виконання даного тесту є доволі складним і займає трохи менше години.

Дослідження емоцій

Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейн – на прямій, що символізує певні цінності людського життя (здоров'я, розум, характер, щастя і т.п.) пропонується крапкою вказати своє місце і дати коротке пояснення свого рішення; детально фіксується рівень самооцінки, пояснення і особливості емоційних реакцій.

Тест Люшера – виконується за допомогою набору із 8 різнокольорових карток, які досліджуваній двічі повинен по чергові вишикувати у напрямку від найбільш приємного йому на даний момент кольору до найбільш неприємного. Вибираючи чи відмовляючись від певного кольору, хворий здійснює проекцію на них свого емоційного стану, щопіддається наступній інтерпретації. В нормі перевага надається червоному, жовтому, зеленому, а при депресії чорному, сірому, коричневому, фіолетовому.

Вільні асоціації (мовний експеримент із використанням емоційно забарвлених слів-подразників) – у спрощеному варіанті це виділення низки слів, що мають для хворого особливе емоційно наchargе значення. Пропонують казати слова, що спадають на думку у відповідь на слова-подразники. При цьому просять пояснити значення слова-асоціації. Метод дозволяє виявити порушення *невротичного реєстру*.

Непрямі методи вивчення емоційної діяльності: **асоціативний експеримент, тест Розенцвейга, метод Роршаха, дослідження рівня тривожності за опитувальником Спілбергера, методика САН** (опитувальник щодо самопочуття, активності, настрою) та ін.

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HAM-D, 1959), вимірює групи симптомів депресивного стану. Включає 17 ознак, що оцінюються за ступенем тяжкості і частотою (від 0 до 5 балів). Іноді використовують розширену версію, що містить 21 пункт.

Еквівалентною HAM-D по надійності є **шкала Монтгомері та Асберга** для оцінки депресії (Monthgomery – Asberg Depression Rating Scale, MADRS, 1979), що призначена для оперативної оцінки тяжкості депресії та її динаміки в процесі терапії. Вона містить 10 основних ознак депресії, що оцінюються від 0 до 6 балів залежно від

частоти і тяжкості, кожна ознака наділена коротким глосарієм для визначення діагностичних меж.

Для контролю ефективності фармакотерапії часто використовується **шкала тривоги Гамільтона** (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A, 1959) для оцінки інтенсивності *невротичних тривожних розладів*. Вона включає 14 наборів ознак, у кожному з яких зібрано споріднені симптоми. Оцінюється за частотою і інтенсивністю в градаціях від 1 до 4 балів.

Дослідження ефекторно-вольової сфери

При **дослідженні рухового компоненту ефекторно-вольової сфери** звертають увагу на вираз обличчя, позу, характер рухів (скупі, повільні, розгорністі, швидкі), інтонацію голосу, швидкість реакції на питання. Звертають увагу на здатність виконувати певні дії з предметами (запалити сірник, скористатись ключем, розкрити і закрити портфель, забити цвях). Потрібно також з'ясувати: чи може хворий виконувати безоб'єктні дії (стрибати, свистіти) і аутокінетичні рухи (стиснути кулак, висунути язик), чи може він повторити запропоновані йому рухи. Використовують завдання із альбому патопсихологічних досліджень, що стосуються вивчення комбінаторики, навичок, конструктивних дій:

- складання із букв осмислених слів;
- заповнення пропущених літер у словах;
- складання картинок із відрізків;
- складання із картинок-квадратів орнаментів за зразком;
- методика прогресивних матриць Равена;
- завдання написати фразу чи переписати текст, тощо.

Оцінюється швидкість і правильність виконання завдання. Звертають увагу і на залежність успішного виконання дії від складності запропонованого завдання. Із тестових методик використовують **тест самооцінки Дембо-Рубінштейна**. Проби дозволяють судити не тільки про стан практичних навичок, але і про інтелект хворого. Дискоординація рухів може спостерігатись при судинних ураженнях, а руйнування навичок при атрофічних захворюваннях мозку.

Враховується бажання хворого співпрацювати з медперсоналом для прискорення свого одужання, чи охоче він виконує інструкції

та призначення лікаря, його активність у відділенні, ступінь залучення до трудових процесів, адекватність реакцій під час бесіди, поведінка, соціокультурні інтереси та установки, захоплення, прагнення, плани, методи досягнення мети. Визначається характер потреб, цілей, мотивацій діяльності досліджуваного. Враховується здатність до зосередження у процесі досягнення мети, вегетативні реакції на емоційно значимі подразники, зауваження, реакція на незгоду з ним по важливим для нього питанням, заперечення.

Ряд вольових порушень, наприклад сексуальні перверзії, цілком зрозуміти, виявити та вивчити непросто, що ускладнює і відповідну експертно-діагностичну оцінку.

Комплексні експериментально-психологічні дослідження

Опитувальники для дослідження особистості, що базуються на оцінці і самооцінці (**ММРІ, опитувальники Кеттелла, Айзенка, ПДО та ін.**), – стандартизовані анкети розмірами від 54 до 565 речень, з якими досліджуваний може погоджуватись або ні. Усі питання формують так, щоб досліджуваний повідомляв психологу про своє самопочуття, поведінку за різних обставин, оцінював свою особистість з різних точок зору, висвітлюючи особливості своїх взаємовідносин з оточуючими, і т.ін. Дані доповнюються виявленими при безпосередній діагностичній бесіді та спостереженні за хворим.

Проективні методи – виконуючи ці тести обстежуваний здійснює проєкцію на зовнішні об'єкти власних думок, почуттів, домінуючих потреб (*тест Роршаха, тест незакінчені речення, ТАТ, психодрама, тест «дім, дерево, людина», тест неіснуюча тварина, тест Люшера, фрустраційний тест Розенцвейга та ін.*).

Шкали клінічного ураження

Для клінічного вивчення дії нейрорепривів та інших методів лікування шизофренії найбільш часто використовується **шкала позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS)**, складена S.R.Kay, L.A.Opler, A.Fiszbein у 1986 р. Вона складається із 3 підшкал, кожна з яких може бути використана са-

мостійно. Шкала позитивних (positive) розладів (P) включає 7 симптомів (P 1–7): маячіння, концептуальна дезорганізація, галюцинації, збудження, ідеї величі, ідеї переслідування, ворожість. Шкала негативних (negative) розладів (N) включає теж 7 ознак (N 1–7): притуплений афект, емоційна відгородженість, труднощі комунікації, пасивно-апатична соціальна відгородженість, порушення абстрактного мислення і спонтанності мови, стереотипність мислення. Шкала загальних (general) психопатологічних синдромів (G) складається з 16 симптомів, що не ввійшли до перших 2 шкал (C 1–16). Кожна із психопатологічних та феноменологічних ознак всіх трьох шкал у PANSS оцінюється від 1 до 7 балів. Оцінка тяжкості стану проводиться як в цілому за PANSS, так і окремо за трьома підшкалами.

Шкала загального клінічного ураження (Clinical Global Impression Scale, – CGI, 1976) була створена для вивчення шизофренії. Складається із 3 субшкал, що відображають оцінку тяжкості стану по 7-бальній системі, а також містить субшкалу індексу ефективності, що вираховується за сукупністю чотирьох ступенів терапевтичного ефекту (помітний, помірний, мінімальний, без змін) і ступеня вираженості побічних ефектів терапії (відсутні, незначні, значні, нівелюючі терапевтичний ефект).

Ішемічна шкала Хачінскі (Hachinski ischemia scale) або модифікований варіант ішемічної шкали Хачінскі (Modified Hachinski ischemia scale) складаються із 8 пунктів. Значимість кожного оцінюється 1-2 балами. При наявності у пацієнта когнітивних розладів, сумарна оцінка за ішемічною шкалою, що перевищує 6 балів, свідчить на користь мультиінфарктної (судинної) деменції; оцінка менше 4 балів – про імовірну деменцію альцгеймерівського типу, а проміжний варіант (від 4 до 6 балів) про імовірну поєднану (судинно-альцгеймерівську) патологію.

Питання для самоперевірки:

1. Особливості патопсихологічного дослідження відчуття і сприйняття у хворих з психічними розладами.
2. Особливості патопсихологічного дослідження мислення у хворих з психічними розладами.
3. Особливості патопсихологічного дослідження пам'яті у хворих з психічними розладами.
4. Особливості патопсихологічного дослідження уваги у хворих з психічними розладами.
5. Особливості патопсихологічного дослідження інтелекту у хворих з психічними розладами.
6. Особливості патопсихологічного дослідження емоцій у хворих з психічними розладами.
7. Особливості патопсихологічного дослідження ефекторно-вольової сфери у хворих з психічними розладами.
8. Комплексні експериментально–психологічні дослідження у хворих з психічними розладами.
9. Патопсихологічні дослідження Шкалами клінічного ураження у хворих з психічними розладами.

2.5. Проведення патопсихологічного дослідження. Підготовка заключення

Розрізняють чотири етапи клініко-психологічного дослідження:

1. Перший – до знайомства з пацієнтом – етап формулювання клінічної задачі. Необхідно попередньо ознайомитися з особистісними особливостями хворого, у т.ч. преморбідними, вже виявленими симптомами, соціальними умовами його життя, оцінкою матеріальних і культурних обставин, наявністю супутніх соматичних захворювань. Небажано проведення дослідження після безсонної ночі, фізичної перевтоми, натщесерце або відразу після їжі. Повторні дослідження краще проводити в той же час, що і первинні. На цьому етапі складається попередній план дослідження: вибір методик, їх черговість.

2. Другий етап – бесіда з пацієнтом. Метою бесіди є налагодження контакту з хворим, з'ясування того, як сам хворий бачить свої справи і уточнення тих відомостей, які для психолога залишилися незрозумілими. Бесіда завжди залежить від поставленої мети і складається з двох частин.

Перша частина – експериментатор розмовляє з хворим, не проводячи ще ніякого експерименту. Така бесіда може здійснюватися до або після експериментальної роботи з хворим. Необхідно дуже тонко підійти до питання стану хворого. У бесіді слід враховувати ставлення хворого до ситуації експерименту, якщо хворий налаштований негативно, слід переконати його в доцільності дослідження, показати, що воно буде мати значення для самого хворого в подальшому. Невідповідність стану і поведінки хворого в кабінеті психолога і статусу, описаного лікарем, дають важливу інформацію, що дозволяє по-іншому поглянути на отримані результати обстеження.

Наприклад, якщо по записах лікаря хворий дуже живий і активний, а при вирішенні задач на швидкість (наприклад, при роботі з коректурними пробами або таблицями Шульте) хворий показує результат, відповідний грубому зниженню уваги і темпу сенсомоторних реакцій, то можна зробити припущення про симуляцію або агравачію.

Розмову потрібно починати з розпитування паспортних даних, на підставі чого складається перша думка про стан пам'яті. Попросити пацієнта коротко розповісти про причини, які змусили звернутися за допомогою, головні проблеми і труднощі, які переживає пацієнт і як він сам до цього ставиться. Також можна звертатися до пацієнта запитанням, що спрямоване на визначення здатності до тестування реальності: «Чи відчуваєте Ви самі, що повністю відповіли на моє запитання?» Потім уточнюється стан пам'яті (короткочасна і довготривала – дати власного життя, історичні події, недавні події), оцінюється увага, характеризується стан свідомості: орієнтування в часі, місці і власної особистості. Питання необхідно ставити в невимушеній, природній манері, як в звичайній розмові. Також з'ясовується ставлення пацієнта до свого захворювання і проблеми. Адекватність ставлення до себе і свого стану або, навпаки, недооцінка його, мають дуже важливе прогностичне значення.

Наприклад. Пацієнтка 55 років, касир в магазині. Після зникнення галюцинаторних переживань еротичного змісту в результаті лікування, все ще чекає появи свого коханого і вважає, що все це було «насправді». Що не підійшов він до неї, (щоб освідчитися в своїх почуттях) зі скромності. Це погана прогностична ознака – хвора не має критики до хворобливих переживань.

Наступний крок – це дослідження Я-образу, цілісності Я-концепції пацієнта: «Ви розповіли мені про свої проблеми, а тепер я б хотів дізнатися, яка Ви людина? Опишіть, як Ви себе уявляєте, що мені справді важливо знати про Вас, щоб зрозуміти, яка Ви людина? Як Вас сприймають інші?».

У подальшій бесіді з'ясовуються особливості особистості (до захворювання і на даний момент), оцінка змін, що відбуваються, оцінка самопочуття, працездатності, визначається культурно-освітній рівень.

Друга частина розмови – це бесіда під час експерименту або спілкування з хворим під час експерименту. Спілкування може бути як вербальне (експериментатор щось говорить хворому, вказує, підказує, хвалить, засуджує і т.д.), так і невербальне (мімікою експериментатор показує хворому добре чи погано він виконує завдання).

«Що я мав запитати Вас, але не запитав, і що є дуже важливим для Вас?» – таким запитанням можна завершувати первинне інтерв'ю.

3. Третій етап – експериментально-психологічний. У ситуацію експерименту або бесіди завжди включають елемент спостереження за поведінкою хворого. Експериментатор повинен встигнути відзначити, як хворий входить (впевнено, невпевнено), як сідає і сидить, як дивиться на експериментатора. Слід зазначити, як хворий сприймає розмову, як він налаштований. Чи відволікається хворий на сторонній подразник. Виконанню кожного завдання повинна передувати інструкція, яка повинна визначати ситуацію дослідження і забезпечувати співробітництво психолога і пацієнта. Недбало подана інструкція може привести до неадекватних результатів. Інструкцію необхідно попередньо випробувати до початку дослідження. Вона повинна бути максимально лаконічною, відповідати розумовим здібностям пацієнта, виключати можливість суперечливого розуміння. Інструкція не повинна містити складних слів. Важливо враховувати освітній рівень випробуваного.

Наприклад, хворому, який має три класи освіти не можна сказати: «тут розкидані числа в хаотичному порядку».

Багато методики необхідно підкріпити одним, двома прикладами. Необхідний повний і точний запис обставин проведеного експерименту, висловлюваних пацієнтом суджень. Якщо пацієнт не може впоратися із завданням, важливо спільно обговорити причини цього. Дуже важливо фіксувати – як саме він не справляється з поставленим завданням.

Наприклад, працюючи все з тими ж таблицями Шульте, один хворий буде працювати мляво, потім раптом зупиниться, а на питання, що сталося, скаже, що «набридло». Інший буде працювати в тому ж темпі, але у нього будуть тремтіти руки, на обличчі з'являться червоні плями, і він раптом різко зупиниться, і скаже «Я не буду цього робити!». Це абсолютно різні ситуації, хоча темп діяльності і відмова від діяльності однакові. Але в першому випадку – це варіант поведінки шизофреніка з вираженим емоційно-вольовим дефектом, а в другому - органік з загостреним переживанням своєї неспроможності.

4. Четвертий етап – складання висновку. Отже, в результаті дослідження отримані якісь дані. Що тепер з ними робити? Необхідно якісно оцінити всю отриману картину, виділивши основні порушен-

ня психічної діяльності. Для цього, дані за окремими методиками повинні бути узагальнені і оцінено, що більше, а що менше порушено. На жаль, для психолога, вкрай рідко буває, щоб картина була чіткою і ясною. Адекватна оцінка отриманих даних – це питання не тільки кваліфікації, а й деякого мистецтва. Висновок завжди має бути відповіддю на питання, яке поставлене перед психологом. Єдиної форми висновку немає. Форма висновку не може бути стандартною, так само як не може бути однакових людей. Лаконічність або подробиці цього висновку визначаються як поставленими завданнями, так і всякими банальними обставинами, наприклад, ступенем завантаженості психолога.

Проте, є деякі загально орієнтовані правила написання висновку:

1. На початку, пишеться заголовок: ПІБ, рік народження, може бути вказана адреса.

2. Мета дослідження та використані методики, з перерахуванням всього, що туди входить.

3. Опис хворого. Поведінка обстежуваного при бесіді з психологом, його міміка, зовнішній вигляд, ставлення обстежуваного до роботи, Експериментатор повинен встигнути зазначити, як хворий входить (впевнено, невпевнено), як сідає і сидить, як дивиться на експериментатора. Чи відволікається хворий на сторонній подразник. Також важливо, як хворий приступає до виконання завдання, чи приймає допомогу експериментатора тощо. Відзначається реакція хворого на підказки експериментатора, на його міміку – все повинно бути відображено в протоколі, оскільки ці дані зіставляються з тими даними, які є в історії хвороби і з тими, які отримані власне в експерименті. Патопсихолог повинен фіксувати такі аспекти:

- особливості афективного реагування, мотивації, системи відносин хворого – це мотиваційний компонент діяльності.
- ставлення до факту обстеження, до результатів і зміни поведінки в процесі експерименту.
- реакція хворого на експериментатора (заграє, намагається справити враження), ставлення до оцінок експериментатора. Таким чином, в цій частині висновків представлені всі враження психо-

лога, отримані методом спостереження, які він вважає потрібними і важливими при оцінці хворого.

4. Опис отриманих, при роботі з методиками даних, з перерахуванням результатів за окремими методиками. Форма, в якій ці дані повідомляються повинна бути зрозумілою для лікаря і не «перевантаженою» зайвими подробицями. Тобто не треба писати у висновках «сірі» бали, якщо тільки психолог не хоче цим повідомити що-небудь особливе.

5. Власне сам висновок, де психолог виділяє провідні патопсихологічні особливості, так само, як психіатр, вивчаючи клінічну картину захворювання, формує із симптомів синдром. Тобто психолог виокремлює в структурі психічного дефекту обстежуваного провідний патопсихологічний «синдром». Повинні бути відзначені особливості поведінки, ставлення до дослідження, наявність установчої поведінки, виділенні провідні патопсихологічні особливості (синдроми), вказані особливості протікання психічних процесів (наприклад, темп реакцій, виснаженість, стійкість), описані збережені сторони психічної діяльності. Допускається приведення характерних яскравих прикладів. В кінці робиться резюме, що відбиває найбільш важливі дані (наприклад, структуру патопсихологічного синдрому).

Висновок не повинен бути категоричним по стилю тверджень.

Питання для самоперевірки:

1. Охарактеризуйте етапи клініко-діагностичного дослідження.
2. Особливості проведення етапу формулювання клінічної задачі діагностичного дослідження.
3. Особливості проведення бесіди з пацієнтами в ході патопсихологічного дослідження.
4. Особливості проведення експериментально-психологічного етапу діагностичного дослідження.
5. Особливості підготовки висновку патопсихологічного дослідження.

III. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИКИ В ПАТОПСИХОЛОГІЇ

3.1. Діагностика порушень відчуття

3.1.1. Метод мінімальних змін (метод кордонів)

1. Автор: В. Вундт.



Вундт (Wundt) Вільгельм – німецький філософ, психолог і мовознавець; один із засновників експериментальної психології. Майбутній психолог Вільгельм Вундт з'явився на світ 16 серпня 1832 року в сім'ї пастора в місті Мангейм. Закінчивши гімназію, він вступив в Тюбінгенський університет на факультет медицини. Подальше навчання Вільгельм продовжив в Гейдельберзі. У 1855-1856 роках він служив асистентом в медичній клініці в жіночому відділенні під керівництвом професора Гассе, його вчителя. Кар'єра практичного лікаря доктора Вундта йшла вгору. Але після того як він прослухав семестр в Берліні у відомого природодослідника І.П. Мюллера, Вільгельм відмовився від кар'єри. У 1856 році він захистив докторську дисертацію в Гейдельберзі і зайняв пост викладача фізіології в даному університеті. Роблячи успіхи в області психології, він став проводити фізіологічні заняття і видав книгу під назвою «Вчення про м'язових рухах». Читає лекції та займається дослідженням соціальної та експериментальної психології. У 1875 році Вундт стає професором філософії в Лейпцігському університеті. Крім викладання філософії він в 1879 році організував першу лабораторію в світі по експериментальної психології. Незабаром її перетворили в інститут, двері якого були відчинені для всіх, хто бажає займатися вивченням душевної діяльності. Також він створив перший психічний журнал «Філософські дослідження» в 1881 році. У ньому публікувалися праці лабораторії. В цілому, лабораторія займалася дослідженнями в 5 напрямках: психофізика, вивчення сприйняття і відчуттів, вивчення часу реакції, вивчення асоціації, вивчення почуття. Решту свого

життя Вундт присвятив вивченню культурної і соціальної психології. До самої своєї смерті він пише 10-томну фундаментальну працю під назвою «Соціальна Психологія». Вільгельм Макс Вундт помер 31 серпня 1920 року поблизу Лейпцига, в Гросботені.

2. Рік розробки – кінець ХХ століття.

3. Спрямованість: даний метод застосовується з метою вимірювання *абсолютного* (мінімальна або максимальна сила подразника, яка викликає в даних умовах переживання нормального відчуття) та *диференціального* (мінімальна різниця в силі двох подразників, яка викликає посилення або послаблення відчуття по відношенню до його початкової інтенсивності) *порогів чутливості*.

4. Наявні модифікації: метод «драбини», запропонований Т. Корнсвітом, являє собою сучасний варіант методу мінімальних змін. Особливість даної модифікації полягає в тому, що зміна категорії відповідей досліджуваного призводить до корекції напрямку зміни стимулу, тобто відбуваються адаптивні переходи від низхідного ряду до висхідного і навпаки.

5. Опис процедури – сама процедура цього методу відтворює поняття порога, як кордонна між стимулами, які сприймаються і не сприймаються.

Процес визначення абсолютного порогу чутливості розпочинається сигналом «Увага», після якого на досліджуваного протягом певного інтервалу часу здійснюється вплив відповідного стимулу. Досліджуваний, як правило, може оперувати лише двома категоріями відповідей (наприклад, «так» або «ні», «бачу» або «не бачу», «чую» або «не чую» тощо); експериментатор реєструє кожну відповідь.

На початку дослідів з вимірювання порога цим методом пред'являється стимул, який свідомо перевищує значення порога. Після того, як випробуваний його впізнає, експериментатор зменшує значення стимулу на невелику величину (звідси назва – метод мінімальних змін).

Пред'явивши цей «зменшений» стимул, експериментатор знову питає випробуваного, чи сприймає він цей стимул тепер. Таким чином, поступового зменшуючи значення стимулу, експериментатор спостерігає зміну відповідей випробуваного з позитивних («Так, бачу», «Так, чую») на негативні («Ні, не бачу», «Ні, не чую»). При цьому

величиною порога вважається межа, що розділяє категорії відповідей випробуваного (звідси інша назва цього методу – метод кордонів).

Зазвичай спадне пред'явлення стимулів чергується з висхідним, так як у відповідях випробуваного можуть бути присутні дві систематичні помилки, обумовлені самою процедурою психофізичних дослідів, що будуються у відповідності з цим методом: помилка очікування і помилка звикання. Внаслідок цих помилок поріг зникнення відчуття, тобто той поріг, який оцінюється в низхідних рядах, може не збігатися з порогом появи відчуття, тобто з тим порогом, який оцінюється у висхідних рядах. Чергування висхідних і низхідних рядів дозволяє збалансувати ці помилки, якщо вони дійсно мають місце у відповідях випробуваного.

Процедура вимірювання диференціального порогу практично не відрізняється від процедури визначення абсолютного порогу, проте у даному випадку застосовують стандартний стимул (еталон), відносно якого досліджувані оцінюють інший стимул, використовуючи, як правило, три категорії відповідей (наприклад, «більше», «менше», «дорівнює»); поріг набуває значення величини стимулу, що розташований в середині інтервалу, при якому вперше відбулась зміна категорії відповідей.

6. Інструкція та стимульний матеріал залежать від особливостей сенсорної системи, що має бути дослідженою, й конкретної мети експерименту.

Наприклад: *«Вам буде пред'явлено малюнок на білому фоні, з кожним разом на нього буде накладатися/забиратися 1 чистий аркуш паперу. Вам потрібно відповісти бачите Ви малюнок чи ні. Всього буде проведено (15-40) спроб. Зрозуміло?»*. Також допускається відповідь «не знаю», «не впевнений».

7. Обробка результатів:

- Абсолютний поріг відчуття являє собою середнє арифметичне всіх відповідних значень знайдених під час дослідження порогів:

$$RL = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N L$$

(RL – середній абсолютний поріг чутливості, L – значення порогу в кожному ряду (як низхідному, так і висхідному), N – загальна кількість реалізованих рядів).

В ході пошуку диференціального порогу спершу знаходять верхній диференціальний поріг шляхом усереднення значень всіх верхніх диференціальних порогів (L_h), а потім аналогічним способом визначають нижній диференціальний поріг (L_l). Знайдені величини обмежують інтервал невизначеності (IU), що містить в собі два диференціальні пороги (DL):

$$IU = L_h - L_l, DL = \frac{IU}{22} = \frac{L_h - L_l}{22}$$

Значення точки суб'єктивної рівності (PSE) зазвичай не співпадає з величиною стандартного стимулу, оскільки інтервал невизначеності несиметричний:

$$PSE = \frac{L_h - L_l}{22}$$

Формула $CE = PSE - S_{st}$ дозволяє визначити константну помилку (CE). Якщо більша нуля, то еталон переоцінюється, а якщо менша нуля, то еталон недооцінюється.

Протокол дослідження

К-сть ар- кушів	Чергуються висхідні і низхідні ряди														
										0	1	2	3	4	5
20															
19															
18															
17															
16															
15															
14															
13															
12															
11															
10															
9															
8															
7															
6															
5															
4															
3															
2															
1															

8. Інтерпретація результатів: внаслідок застосування методу мінімальних змін експериментатор має змогу визначити величину мінімального та максимального абсолютних порогів відчуття досліджуваного, а також оцінити значення його диференціального порогу.

3.1.2. Метод середньої помилки (метод установки)

1. Автор: даний метод був систематизований Густавом Фехнером.



Густав Фехнер народився 19 квітня 1801 року у Грос-Зерхені поблизу Мускаї.

Його батько, що успадкував від діда посаду сільського пастора, помер, коли хлопчикові було п'ять років. Фехнера виростив дядько, також проповідник; хлопець закінчив гімназію в Сорау, потім медико-хірургічну академію в Дрездені. У віці 16 років був зарахований на медичний факультет Лейпцизького університету. Ступінь доктора медицини Фехнер отримав в 1822. Протягом 12 років заробляв на життя перекладами довідників з фізики і хімії, а також читав лекції в університеті і публікував результати своїх фізичних досліджень. У 1834 став професором фізики Лейпцизького університету. У 1838 Фехнер опублікував роботу, присвячену сприйняттю кольору, а в 1839 дослідження з проблеми зорових післяобразів (зорових відчуттів, що зберігаються після припинення дії подразника). У 1840-і роки Фехнер запропонував теорію панпсихізму. Вчений вважав, що події в матеріальному світі є аспектом єдиної духовної субстанції. Це учення Фехнер називав Tagesansicht (денним баченням) на відміну від сучасного йому матеріалізму – Nachtansicht (нічного бачення). У своїх працях Фехнер неодноразово опонував матеріалізму, починаючи Книжечки про замогильне життя (*Das Bchlein vom Leben nach dem Tode*, 1836) до Денного бачення проти нічного бачення (*Die Tagesansicht gegenber der Nachtansicht*, 1879). Найвідоміші роботи Фехнера – Нанна, або психічне життя рослин (*Nanna, oder des Seelenleben der Pflanzen*, 1848) і Зенд-Авеста, або явища небес і майбутнього життя (*Zend-Avesta, oder ber die Dinge des Himmels und des Jenseits*, 1851). Остання робота містила програму розвитку психофізики, нового наукового напрямку, який, згідно з Фехнером, мав вирішити проблему душі і тіла, встановивши функціональний взаємозв'язок між духовним і

матеріальним світами. Результати дискусій з вимірювання психічних явищ, експериментальним методам і виявленим закономірностям були узагальнені Фехнером в 1860 в його класичній праці Елементи психофізики (Elemente der Psychophysik). У 1865 з'явилася перша публікація Фехнера, присвячена вимірюванню естетичного сприйняття, а в 1876 вийшла класична праця Введення в естетику (Vorschule der Aesthetik). У 1877 Фехнер опублікував роботу на тему психофізики (In Sachen der Psychophysik), а в 1882 Перегляд принципів психофізики (Revision der Hauptpunkte der Psychophysik).

2. Рік розробки: середина XIX століття.

3. Спрямованість: даний метод застосовується з метою вимірювання *абсолютного* та *диференціального* порогів чутливості конкретного індивіда.

4. Відомості про надійність, валідність: слід зауважити, що метод середньої помилки дозволяє отримати найбільш низькі значення порогу, порівнюючи з результатами інших методів; дана обставина дає змогу експериментатору вилучити максимальний об'єм інформації про стимуляцію.

5. Опис процедури: з метою визначення диференціального порогу чутливості досліджуваному пред'являють два стимули – стандартний S_{st} (еталон) і змінний S_{var} , величину якого може регулювати власне учасник дослідження. Завдання досліджуваного полягає в корегуванні значення змінного стимулу у такий спосіб, щоб воно максимально наблизилося до значення еталону; первинна величина S_{var} помітно відрізняється від величини S_{st} . Жодні обмеження на свободу рухів досліджуваного під час регулювання значення змінного стимулу не впроваджуються. При вимірюванні абсолютного порогу чутливості учасник дослідження має змінювати величину стимулу, що первинно викликав у нього чітке подразнення, до тих пір, поки не відшукає величину, при якій вперше відбудеться втрата відчуття впливу даного стимулу. Як правило, експериментатор поперемінно пропонує досліджуваному то стимул явно підпорогового рівня, то стимул, інтенсивність якого наближена до нижнього абсолютного порогу, проте призводить до переживання відчуття.

На практиці такий метод дає не стільки величину порога, скільки дозволяє встановити точку суб'єктивного рівності. Саме тому він

може бути вельми корисним, якщо завдання дослідника полягає в оцінці величини ілюзії.

6. Інструкція та стимульний матеріал залежать від особливостей сенсорної системи, що має бути дослідженою, й конкретної мети експерименту.

Наприклад: *«Вам буде запропоновано постійний еталон і змінний стимул. Спочатку Вам закривуть очі пов'язкою і нададуть еталон, під який Вам потрібно буде підрівняти змінний стимул до ідеалу, але, як правило, тільки в одну сторону, зменшуючи або збільшуючи його. Всього буде проведено 30 спроб».*

Стимульний матеріал – 52 монети по 5 копійок, пов'язка на очі, 2 одноразові стаканчики, протокол дослідження.

7. Обробка результатів: в якості статистичної міри для оцінки роботи досліджуваного в межах даного методу, як правило, застосовують середнє арифметичне кількох актів підрівнювання, що дозволяє визначити точку суб'єктивної рівності PSE (суб'єктивний еквівалент еталону). За допомогою формули $DL = S_{st} - PSE$ можна визначити значення диференціального порогу відчуття. Величина стандартного відхилення σ також може слугувати надійним показником диференціальної чутливості. Значення абсолютного порогу являє собою усереднення усіх відповідних результатів досліджуваного, що зазвичай оцінюється шляхом знаходження середнього арифметичного.

Для якісного аналізу результатів досліду корисно побудувати гістограму розподілу підрівнювання, що нескладно зробити на комп'ютері за допомогою практично будь-якого статистичного пакета. Крім того доцільно побудувати графік розподілу результатів підрівнювання в часі. Наочне представлення результатів досвіду в графічній формі безсумнівно допоможе глибше і утримувач неї проаналізувати не тільки різні стратегії вирішення випробуванням сенсорної завдання, а й наочно оцінити динаміку його роботи.

Інтерпретація результатів:

Нам необхідно підрахувати середнє значення змінного стимулу за всіма пробами за формулою:

$X_{сер} = N/n$, де N – к-сть монет у всіх пробах, а n – к-сть проб. Далі від середнього значення ми віднімаємо еталон: $A = X_{сер}$

Якщо число A буде додатнім, то досліджуваний переоцінює змінний стимул, якщо від'ємне, то недооцінює.

Протокол дослідження

№	Проби від еталону (к-сть монет)	№	Проби від еталону (к-сть монет)	№	Проби від еталону (к-сть монет)
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

8. Тестові норми, статеві відмінності: процес підрівнювання, як правило, має здійснюватися відповідно до низки важливих умов:

- Розпочинатися то від більшого, ніж еталон, значення, то від меншого;
- Варто щоразу змінювати величину початкової точки підрівнювання;
- Кількість проб, що розпочиналися від більшого, ніж еталон, значення, має відповідати кількості проб, під час яких початкова величина змінного стимулу була меншою, ніж інтенсивність еталону.

3.1.3. Метод постійних подразників (метод констант)

1. Автор: даний метод був систематизований Густавом Фехнером. Значний внесок в подальший розвиток методу внесли теоретичні опоненти Г. Фехнера – Г. Мюллер і Ф. Урбан.



Мюллер (Muller) Георг Еліас (1850-1934) – німецький психолог, один із засновників експериментальної психології в Німеччині.

У 1873 році захистив докторську дисертацію з філософії в Геттінгенському університеті. З 1876 року – професор Геттінгенського університету. Вперше отримав популярність дотепною критикою Фехнерова «психофізичного закону» і самостійною розробкою основних питань психофізики, який ґрунтується на математично точних підставах. Виходив з принципу ізоморфізму психічних і фізичних явищ. Проводив дослідження в галузі психофізики, візуальних уявлень. В галузі вивчення пам'яті виявив ефект ретроактивного гальмування. Відстоював тезу про немеханічне запам'ятовування навіть безглуздих складів. Самі асоціації розглядав як в значній мірі обумовлені реалізацією свідомої установки на заучування. Разом зі своїм помічником Ф. Шуманом розробив експериментальну конструкцію «барабан пам'яті», в якому стимульний матеріал, призначений для запам'ятовування, пред'являється випробуваному за рахунок обертання циліндра. Тракував ілюзію ваги (1889) на основі формування готовності мобілізувати більше м'язове зусилля в тій руці, в якій під час установчої серії була більша вага. Коли під час контрольної серії в обидві руки кладуться рівні ваги, то дана готовність до більшого зусилля обумовлює велику швидкість піднімання предмета саме в цій руці. На основі суб'єктивної інтерпретації цієї швидкості виникає відчуття легкості предмету.

Фрідріх Марія Урбан (при народженні Фрідріх Йоганн Віктор Урбан, 28 грудня 1878 р Брюнн, Австро-Угорська імперія – 4 травня 1964р Париж) був австрійським психологом, відомим введенням імовірнісної ваги, яка використовується в експериментальній психології. Фрідріх Йоганн Віктор Урбан народився в німецькомовній сім'ї в Австро-Угорській імперії. Він прийняв ім'я «Фрідріх Марія» за псевдонім, а його опублікуванні статті з'являються за підписом «FM Urban». У 1897р закінчив гімназію у Брюнні. У 1902р отримав звання доктора філософії в університеті. Викладав психологічну акустику в Гарвардському університеті з лютого 1904 року по листопад 1905 року. З 1905 по 1908 рік був науковим співробітником по психологічним дослідженням в Пенсильванському університеті. У 1911 році він був обраний членом Американської асоціації сприяння розвитку науки. В 1928 році був запрошеним спікером ICM в 1928 році в Болонь. У 1914 році Урбан повернувся в Брюнн і одружився на Адель Кенігсгартен. З початком Першої світової війни він і його дружина переїхали до Швеції, де з 1914 по 1917 рік займалися дослідженнями в Шведській академії наук. У 1917 році Урбан повернувся в Брюнн і служив у австрійській армії. Брюн був переданий під суверенітет Чехословацької Республіки в 1919 році. Оскільки вільне володіння Урбаном чеською мовою було недостатнім для академічної посади, з 1919 року він працював статистом у страховій компанії, але продовжував публікувати статті із психометрії та психофізики. Урбан і його дружина-єврейка залишалися в Брюнні протягом всієї Другої світової війни. Наприкінці Другої світової війни він був поміщений в концтабір Радянської Червоною Армією, а потім чехословацьким режимом, який контролював Радянський Союз. Урбан був звільнений на прохання іноземних колег, але в 1948 році був змушений покинути Чехословаччину. Вони з дружиною приєдналися до своєї старшої дочки, яка проживала в Норвегії, а потім жили в Бразилії з 1949 по 1952 рік, де Урбан читав лекції по факторному аналізу в Університеті Сан-Пауло. У 1952 році Урбан і його дружина переїхали жити з молодшою дочкою до Франції, спочатку в Тулон, а потім в Мезон-Лаффіт недалеко від Парижу.

2. Рік розробки: середина XIX століття.

3. Спрямованість: даний метод застосовують з метою визначення таких характеристик чутливості, як абсолютний та диференціальний порогові відчуття, константна помилка, точка суб'єктивної рівності та інтервал невизначеності.

4. Відомості про надійність, валідність: даний метод вважають найбільш точним та надійним, оскільки процедура його реалізації забезпечує експериментатора можливістю накопичити велику кількість статистично значущих відповідей конкретного досліджуваного, а також нейтралізує ймовірність виникнення помилок звикання та очікування.

5. Наявні модифікації: одним із варіантів методу постійних подразників є метод АВХ, сутність якого полягає в пред'являнні досліджуваному трьох стимулів, що ідентифікуються як А, В і Х. Перші два подразники відрізняються величиною певного параметра, а в якості третього стимулу використовують або А, або В. Учасник досліджування має визначити, яким із заданих стимулів є Х.

6. Опис процедури: дослідженню диференціального порогу чутливості передують орієнтовне визначення діапазону розбіжності стимулів, на кордонах якого досліджуваний, як правило, розпочинає відчувати різницю між стандартним та змінним стимулом. В межах даної зони експериментатором обираються кілька (5-7) стимулів, що будуть порівнюватися з еталоном. Вибір здійснюється у такий спосіб, щоб найбільш слабкий стимул викликав у досліджуваного відповідь «більше» в 5-10% випадків, а найсильніший подразник – в 90-95% проб. В ході експерименту кожна пара подразників, що включає еталонний та порівнюваний стимули, які можуть бути пред'явлені як одночасно, так і послідовно, застосовується з частотою від 20 до 200 разів. Завдання досліджуваного полягає в формулюванні судження про виникнення відчуття розбіжності між стимулами за допомогою таких категорій відповіді, як «більше», «менше», «дорівнює». Процес вимірювання абсолютного диференціального порогу доволі схожий на вищеописану процедуру, проте основними категоріями відповіді є «так» (у випадку виникнення відчуття) та «ні» (у випадку відсутності подразнення). Згідно з отриманими частотами відповідей експериментатором будується психометрична крива.

Тобто, метод постійного стимулу полягає в тому, що досліджувані

багаторазово порівнюють два подразники, число їхніх правильних відповідей підраховують. Цей метод можна застосовувати для оцінки, як абсолютного, так і різницевого порогів. Розглянемо варіант, який використовується для оцінки абсолютного порога.

Випробуваному в ході всього експерименту пред'являються стимули, як правило їх 5-7, з одного і того ж заздалегідь визначеного набору (звідси назва – метод констант, або метод постійних подразників). Ці стимули повинні бути близькі до передбачуваного порогового значення, вони пред'являються багаторазово в випадково збалансованому порядку. Завдання випробуваного – визначити, чи відчуває, або не відчуває він кожен стимул.

7. Інструкція та стимульний матеріал залежать від особливостей сенсорної системи, що має бути дослідженою, й конкретної мети експерименту.

Наприклад: «Зараз я торкатимусь до поверхні Вашого тіла в двох місцях. Вам потрібно повідомити відчуваєте Ви один дотик чи два. Зрозуміло?».

8. Обробка результатів: диференціальний поріг (DL) в експерименті з двома категоріями відповідей вираховується як половина інтервалу невизначеності (IU) і відповідає значенню напівміжквартильного розмаху психометричної кривої (Q): $DL = Q = \frac{IU}{2} = \frac{S_{0,75} - S_{0,25}}{2}$

Точка суб'єктивної рівності визначається за допомогою формули $PSE = Md = S_{0,5}$, а константна помилка – за рахунок використання виразу $CE = Md - S_{0,5}$, де Md – медіана психометричної кривої, а $S_{0,25}$, $S_{0,5}$, $S_{0,75}$ – інтенсивність стимулів, що відповідають 25%, 50% та 75% відповідей «більше». Оцінка абсолютного порогу здійснюється через знаходження міри центральної тенденції (середнього значення або медіани).

9. Тестові норми, статеві відмінності: точність результатів залежить від того, наскільки вдало експериментатор має змогу відтворити форму психометричної кривої відповідно до отриманих впродовж досліджу точок.

3.2. Діагностика порушень сприйняття

3.2.1. Дослідження сенсорної збудливості.

1. Автор: М. Ф. Лук'янова.

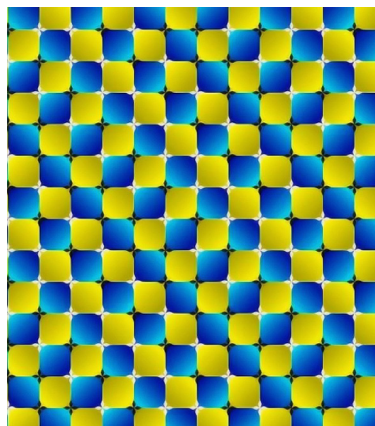
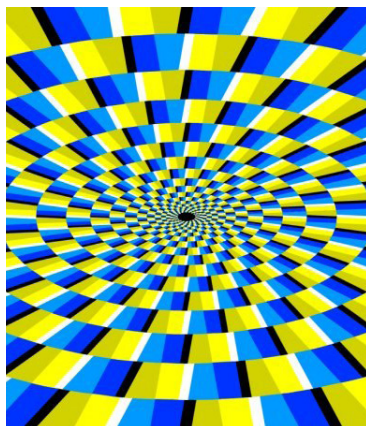
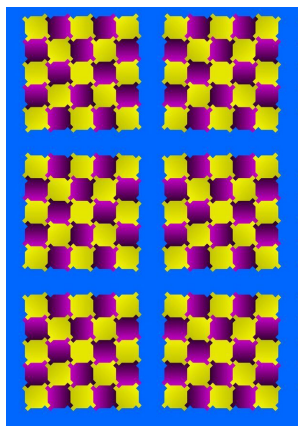
2. Спрямованість: дана методика застосовується з метою дослідження особливостей сенсорної збудливості індивіда на тлі органічних змін у його головному мозкові. Досліджується сенсорна збудливість і реакція вегетативної нервової системи при сприйнятті ускладнених малюнків. На початку пізнавального процесу явно превалюють емоційна й вегетативна реакції. Це дослідження допомагає «об'єктизувати» скарги хворих і може служити диференційно-діагностичним критерієм токсичних і органічних поразок головного мозку.

2. Вік випробуваних: процедура дослідження сенсорної збудливості підходить для будь-якого віку.

3. Опис процедури: експериментатор пред'являє досліджуваному малюнки «рухливі квадрати» та «хвилястий фон», що складаються із впорядкованих своєрідним чином квадратів та ліній, котрі перетинають геометричні фігури. Завдання досліджуваного полягає в підрахунку кількості квадратів у кожному рядку або нечітко зображених фігур. Дослідник зосереджує увагу на суб'єктивних переживаннях відповідного індивіда, а також на можливих випадках стереоскопічних похибок.

4. Інструкція: *«Вам потрібно підрахувати кількість квадратів в кожному ряду або неясно намальовані фігури».*

5. Стимульний матеріал: «рухливі квадрати», «хвилястий фон».



6. Обробка результатів: Оцінюються суб'єктивні відчуття, які виникають у процесі експерименту, а також можливий ілюзорний стереоскопічний обман.

3.2.2. Проба Ліпмана

1. Автор: Хуго Ліпман (1863-1925).



Ліпман (Liermann) Хуго (1863 – 1925) – відомий німецький психіатр, клініцист, патофізіолог, професор Берлінського університету. Займався проблемами галюцинацій, афазії, апраксія. Наукові праці діляться на дві групи: на роботи по психіатрії й на роботи патології головного мозку. Перші стосуються виключно загальної симптоматики. З 1895 по 1899 Ліпман працював в Бреславлі у Верніке і з того часу головним чином займався питаннями патології головного мозку, особливо питаннями патології вищих функцій – мови (фазії) і дії (праксії). Ліпману належить детальний опис питань про так звану «чисту» сенсорну афазію і розробка загальної схеми афазичних розладів, яка вносить суттєві зміни в класичну схему Верніке-Ліхтгейма. Головний вклад Ліпмана полягає в тому, що ним виділений апрактичний симптомокомплекс. Своєю працею по апраксії він не тільки збагатив симптомологію новим синдромом, але й дав новий підхід до вивчення різноманітних питань патології головного мозку.

2. Рік розробки: відповідний симптом був описаний у 1895 році.

3. Спрямованість: дана проба застосовується з метою виявлення ілюзій і галюцинаторних образів.

4. Опис процедури: експериментатор здійснює легке натискання на приховані за повіками очні яблука досліджуваного, що сприятиме виявленню переживання зорових галюцинацій за умови їхньої наявності у даного індивіда. Вищевказану процедуру спеціаліст може супроводжувати реалізацією адекватного обставинам навіювання.

5. Інтерпретація результатів: Наявність згаданого симптому свідчить про підвищену готовність до галюцінування. Особливо часто зазначений симптом буває позитивним при алкогольних психозах.

**Приблизна структура
патопсихологічного обстеження хворого**

1. Структурне (первинне) інтерв'ю, методика Дембо-Рубінштейна, ММРІ (Мінімульт), ПДО (дослідження особистісно-мотиваційної сфери);
2. Таблиці Шульте, відрахування за Крепеліним (дослідження сенсомоторних реакцій);
3. Методика «Десять слів» (дослідження мнестичної сфери);
4. Методики «Класифікація», «Виключення», «Порівняння понять», «Складних і простих аналогій», «Розуміння прислів'їв», «Піктограми» (дослідження аналітико-синтетичної діяльності); Методики дослідження інтелекту (тест Равена).
5. Висновки. Дослідження пацієнтів відбувається за допомогою поєднання двох методів: аналізу історії хвороби (дає відповідь на питання аналізу патологічних змін потреб хворого та ієрархії мотивів, тобто допомагає досліднику зрозуміти, як формуються і чи простежуються патологічні зміни особистості), що може здійснюватись паралельно з проведенням клінічного інтерв'ю та експериментально-психологічного дослідження.

Зразки протоколів патопсихологічного обстеження

Зразок патопсихологічного висновку №1

ПІБ: Володимир

Вік: 32 роки

Освіта: середня спеціальна.

Ставлення до обстеження адекватне. Контакт вільний. Мотив участі в експертизі: спочатку формальний (пасивний), ближче до кінця роботи проявляє зацікавленість в отриманні зворотного зв'язку (мотив співпраці). Без ознак інсталяційної поведінки.

Мета дослідження: психічні порушення (когнітивні та емоційно-вольові розлади).

Методики: патопсихологічні методики для дослідження когнітивних процесів, методика Люшера, об'єктивна шкала HDRS для оцінки депресії, тривоги, шкала CES-D.

Особливості зовнішності і поведінки. Охайний, доглянутий. На обстеженні в супроводі матері (гіперпротекція). Зовнішні ознаки дисплазії (статура, будова лицьового черепа тощо), з урахуванням цього при первинному контакті очікується велика ступінь психічного дефекту. Зі слів, у школі, технікумі вчився добре. Професії як такої немає, активних планів з працевлаштування немає (намагався знайти роботу через біржу праці – відмова роботодавців). Дезадаптований у соціумі (зі слів матері, замкнутий, практично весь час проводить вдома, спостерігаються порушення пам'яті – насилу актуалізує події минулого, забуває дати, розсіяний, хоча добре пам'ятає багато формул тощо). У поведінці, мовному контакті проявляє явну загальмованість, повільність. Міміка/пантоміма маловиразна, малорухлива, скута. При виконанні проби «кулак-ребро-долоня» проявляється тремор, неузгодженість моторики. Пацієнт апатичний, млявий. Домінуючий емоційний фон сам розцінює як нейтральний, спокійний, проте виглядає пригнічено. Демонструє низьку ситуативну тривожність. Мова невиразна, але без явних порушень вимови, уповільнена по темпу. Навички письма – в уповільненому темпі, по-

черк явно не страждає. Читання – знижений темп. Активний словниковий запас невеликий. Інструкції засвоює не відразу (через мотив участі в експертизі, у подальшому – компенсується); темп робіт середній, плавний. Ґрунтовний, схильний до деталізації, при зміні мотиву експертизи на співпрацю зростає продуктивність, можливий ефект впрацьованості. Критику/корекцію з боку психолога приймає, використовує у подальшій роботі. Критика до свого стану дещо знижена.

Скарги: на болі у ногах (від стоп до колін) ниючого характеру, безсоння (порушення засинання), головні болі (іноді). При розпитуванні зазначає, що після операційного втручання став нервовим, але переживання приховує, все «носить всередині себе».

З анамнезу: черепно-мозкова травма у 2016 р. За рік поліпшення у самопочутті не зазначає.

Дані обстеження (за критеріями оцінки у медико-соціальній експертизі: 0 – відсутні порушення; 1 – незначні, 2 – помірні, 3 – виражені; 4 – значно виражені порушення функцій). Сприйняття (з порушенням функцій 1 ст.). Сприйняття цифр, букв не страждає; накладених фігур, зашумлених фігур – страждає легко (знижена швидкість впізнавання, схильний до парагнозій, вимагає підказки, часу для правильного ґнозису). Впізнавання відсутніх деталей – 0 помилка з 9 (субтест WAIS). «Німий циферблат» – 2 помилки з 6. Увага (з порушенням функцій 1 ст.). Обсяг уваги, короткочасної слухомовної пам'яті не знижений = 6 одиниць (норма 5-7). Обсяг зорової пам'яті не знижений = 7 одиниць + 1 конфабуляція (9 абстрактних фігур) (норма 5-7). Дані за таблицями Шульте: 45с, 45с, 50с, 48с, 49с. Середній час – 47,4с (норма до 40с). Індекс впрацьованості – 0,95 (норма до 1), індекс психічної стійкості 1 – знижена психічна стійкість (норма до 1). Зворотний відлік по Крепеліну (100-7) виконує без помилок у високому ритмі (2-5 с – норма). Пробу Мюнстерберга виконав за 3 хв 33 с – 22 слова (норма – за 2 хв. 24 слова, тобто легко знижена вибірковість уваги). Концентрація не знижена; незначно страждає переключення, вибірковість і розподіл уваги. Пам'ять (з порушенням функцій 1 ст.). Мнемограма: 6,6,7 (і 1 конфабуляція), 7; у ретенції – 5 слів (і 2 конфабуляції). Персеверація одинична. Точність страждає легко. Опосередкування кілька покращує показники.

Опора на письмо (запам'ятовування фрази) результативна. Сміслова пам'ять переважає над механічною. Порушення довготривалої пам'яті мозаїчні незначні. Слухо-мовна пам'ять менш виражена, ніж зорова. Мислення (з порушенням функцій 0 ст.) абстрактно-логічне. Рівень інтелекту вище отриманої освіти (клінічно, спеціальна діагностика не проводилася). Узагальнює на категоріальному рівні; з опорою на істотні ознаки. Виконання 4-го зайвого – хороша продуктивність. Темп асоціативного процесу середній. Динаміка мислення – без ознак інертності, тугорухливості. Критичність мислення не страждає. Мотиваційний компонент збережений. Емоційно-вольова сфера (з порушенням функцій 2 ст.). За шкалами HDRS: $t = 15$ – наявність симптомів тривоги, $d = 10$ балів – малий депресивний епізод. За шкалою CES-D = 19 балів (легкий депресивний розлад). За методикою Люшера: 6 !, 6! – помірна тривожність на неусвідомлюваному рівні. До емоційної підтримки чутливий, приймає. На рівень продуктивності це впливає (ознаки невротичного стану). Вербалізація емоцій порушена легко; легка алекситимія. Особистісні порушення 1- 2 ст. Самооцінка стійко понижена. Тип ставлення до захворювання (за класифікацією опитувальника Бехтерівського інституту – лобі): меланхолійний (пригнічений хворобою, невіра в одужання, в можливе поліпшення; песимістичні погляди на все навколо) з рисами апатії (байдужість до своєї долі, до прогнозу хвороби, до результатів лікування; пасивне підпорядкування процедур і лікуванню при наполегливому спонуканні збоку).

Висновок: незначні психічні порушення (незначні когнітивні порушення; помірні емоційно-вольові та особистісні порушення за рахунок анозогнозії, легкі мовні порушення – еферентна моторна афазія) у рамках екзогенно-органічного патопсихологічного симптомокомплексу. Проведена психокорекційна бесіда з пацієнтом, з його матір'ю. Психологічний прогноз невизначений з урахуванням особистісних властивостей, можливість компенсації – за рахунок збережених психічних функцій. Установка на реабілітацію відсутня. Показання до консультації психіатра – немає; психотерапевта, психолога – так. Навчальний посібник для студентів. 378 Патопсихологія з основами психіатрії

Зразок патопсихологічного висновку №2

ПІБ: Олена

Вік: 22 роки

Освіта: середня (незакінчена вища)

Мета дослідження: аналіз мислення, особистісних особливостей, пізнавальної сфери

Дата дослідження: 13.07.17 р., 14.07.17 р.

Короткі результати дослідження: Пацієнтка доступна продуктивному вербальному контакту, орієнтована повністю. У поведінці у цілому адекватна, при цьому поведінковий малюнок емоційно незрілий, з ознаками езопового орієнтування, схильністю до фантазування, а також вираженим алекситимічним радикалом. Емоційний фон трохи знижено, хоча зовні пацієнтка намагається створити видимість гарного настрою, проте при порушенні емоційно значущих тем (в основному відносин з матір'ю) видає афективну реакцію вигляді ледь стримуваних сліз. Слід зазначити, що тема взаємовідносин з батьком пацієнтки у бесіді несвідомо витісняється. Скарг самостійно не висловлює. Критика до свого стану і діяльності під час експерименту збережена. Темп психічної діяльності середній, без ознак виснаження. На перший план при проведенні патопсихологічного дослідження виступають ознаки особистісно-аномального патопсихологічного реєстр-синдрому: у структурі особистості переважає змішаний тип реагування, що поєднує у собі виражені риси емоційної нестійкості, незрілості, залежності, імпульсивності з одного боку і високу тривожність і схильність до депресивних реакцій з іншого (код профілю ММРІ: 4! 27 '). Виразність цих характеристик перевищує рівень акцентуації характеру. В актуальному стані відзначається дезінтеграція особистості і виражений стрес (профіль носить «плаваючий» характер), відзначаються ознаки суб'єктивної і очевидною депресії (за результатами ММРІ і Опитувальника депресивних станів – ОДС). Інтегрований показник інтелектуального розвитку дорівнює 120 IQ – високий інтелект, ВІП = 121 (високий рівень), НІП = 113 (хороша норма). Розумова діяльність здійснюється переважно на категоріальному (високому) рівні узагальнення і абстрагування без логічних труднощів, проте при

цьому відзначається схильність до кататимного (емоційного) підходу вирішення розумових завдань. Так, наприклад, у методиці «виключення зайвого» пацієнтка уточнює, за якими ознаками слід виконувати завдання: по основним або емоційним, які у неї іноді виникають.

Висновок: Таким чином, патопсихологічне обстеження виявило наявність особистісно-аномального патопсихологічного реєстр-синдрому. В актуальному стані відзначаються ознаки депресивного стану у особистості емоційно незрілої, залежної, схильної до імпульсивних реакцій, фантазування, езопового орієнтування і кататимного мислення. Виразність цих характеристик перевищує рівень акцентуації характеру і може призводити до зривів адаптації у ситуації стресу. Рівень інтелекту високий (120 IQ), когнітивна сфера без порушень, розумова діяльність здійснюється переважно на категоріальному рівні узагальнення і абстрагування.

НОТАТКИ