

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
ЧЕРКАСЬКИЙ ІНСТИТУТ ПОЖЕЖНОЇ БЕЗПЕКИ ІМЕНІ ГЕРОЇВ ЧОРНОБИЛЯ
НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

Предмет: «Клінічна психологія»

ЛЕКЦІЯ 3.1
«СТАН ПСИХОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ І
ХВОРОБА»

1. Загальна характеристика пізнавальних процесів

- Пізнавальні процеси (відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення, уява) входять як складова частина в будь-яку людську діяльність і забезпечують ту чи іншу її ефективність.

Пізнавальні процеси дозволяють людині:

- Намічати заздалегідь мету, плани і зміст майбутньої діяльності;
- Програвати в розумі хід цієї діяльності, свої дії і поведінку;
- Передбачати результати своїх дій і керувати ними в міру виконання.

2. Вплив особливостей інтелекту хворого на лікувальний процес: інфантилізм, олігофренія, деменція

1) Психічний інфантилізм - психічна і фізична недозрілість дитини, що приводить при неправильному вихованні до затримки вікової соціалізації.

Перший варіант психічного інфантилізму - **справжній** - базується на затримці розвитку лобових часток головного мозку, обумовленої вищенаведеними об'єктивними факторами і неправильним вихованням.

У результаті в дитини затримується формування розуміння норм і правил поведінки і спілкування, вироблення понять "не можна" і "треба", почуття дистанції у відносинах з дорослими, здатності передбачати розвиток подій, і, можливі небезпеки і погрози.

Другий варіант психічного інфантилізму - загальна психофізична незрілість по інфантильному типу (гармонійний інфантилізм, коли дитина мініатюрна фізично і виглядає молодше свого віку соціально).

Передумови і причини його ті ж, що при першому варіанті. Однак недозрілість у другому варіанті тотальна. Дитина не тільки поводить ся як більш молодший за віком, але і виглядає в п'ять років, як трирічна.

Третій варіант психічного інфантилізму: дитина народжується гармонічним у всіх відносинах, але, захищаючи її від життя, штучно затримують її соціалізацію тривожно-недовірливим вихованням.

Подібне найчастіше буває у сім'ях, де довго не могли народити дитину. Самий цікавий дитячий вік - від двох до трьох років. І батьки неусвідомлено хочуть затримати дитину в ньому.

2) Олігофренія – природжена або набута (у перші 3 роки життя дитини) інтелектуальна недостатність.

По ступенях виразності інтелектуального недорозвинення олігофренія поділяється на три групи: **дебільність, імбецильність і ідіотію.**

Дебільність - найбільш легка по ступеню і найбільш розповсюджена форма олігофренії.

У дошкільному віці присутній примітивний задум у грі, можливість її найпростішої організації; у шкільному - визначена оцінка конкретної ситуації, орієнтація в простих практичних питаннях.

Імбецильність - більш важкий ступінь слабоумства, ніж дебільність.

Специфіка і виразність олігофренічного слабоумства виступають при імбецильності з більшою виразністю. Це, насамперед, виявляється в повній нездатності до відволікання від конкретної ситуації, утворенню навіть елементарних понять. Судження вкрай бідні і здебільшого без переробки запозичені від навколишніх.

Ідіотія являє собою найбільш важкий ступінь олігофренії.

Відзначається грубе недорозвинення функцій сприйняття. Реакція на навколишнє слабка або неадекватна. Свідомість власної особистості смутна. Мислення власне кажучи відсутнє.

3) деменція

Деменція – набуте, виникаюче в результаті хвороби ослаблення інтелекту, ослаблення пам'яті та проявів емоцій.

Деменція може виникати при:

- 1) судинних захворюваннях головного мозку;
- 2) ЧМТ;
- 3) пухлинах головного мозку, епілепсії;
- 4) деяких обмінних захворюваннях;
- 5) атрофічних вікових процесах;
- 6) гіповітамінозах;

3. Вплив порушень мови на лікувальний процес (реферат)

4. Клініко-психологічні аспекти емоційно-вольової сфери

4.1. Хворобливі зміни емоцій:

тривога,
депресії,
емоційна лабільність.

Тривога – негативно забарвлена емоція, що виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важковизначені передчуття.

Причини тривоги зазвичай не усвідомлюються, але вона поперджує участь людини в потенційно шкідливій поведінці, чи стимулює його до дій з підвищення ймовірності благополучного закінчення подій.

Тривога дуже часто проявляється в людей, які хворіють неврозами.

Депресія — термін, що використовується для позначення настрою, симптому, та синдромів афективних розладів.

Структурні елементи будь-якої депресії містять у собі:

- 1) ослаблення вітальних стимулів (спонукань),
- 2) «поганий» (депресивний, тужливий, тривожний) настрій,
- 3) розлад почуття емоційної участі і реагування (апатія, депресивна дезактуалізація),
- 4) поляризацію свідомості хворого на тілесному і психічному рівні,
- 5) песимістичну спрямованість мислення.

Емоційна лабільність - нестійкість настрою, зміна його під впливом незначних подій.

Ознаки небезпеки розвитку емоційної лабільності:
схильність до бурхливих реакцій, гнів, агресія з незначних приводів, швидка і часта зміна полярності емоцій, що виникає без достатньої підстави.

4.2. Вольові якості особистості:

витримка,

рішучість,

наполегливість,

ініціативність,

організованість.

Воля - це здатність людини наполегливо досягати свідомо поставленої мети, незважаючи на наявність зовнішніх і внутрішніх перешкод.

Виявляється воля в діяльності, тому вона найтіснішим чином пов'язана з мотиваційною й емоційною сферами.

Зміни волі, потягів та поведінки під час хвороби:

Зниження вольової активності:

- **Гіпобулія** - ослаблення або зниження цілеспрямованої діяльності, що проявляється зниженням або цілковитою відсутністю спонукань, руховій і мовній загальмованості, обмеженості міміки при повній анатомічній цілісності рухового апарату.

- **Абулія** - повна безвольність, відсутність відповідного імпульсу до дії. У хворого спостерігається обмеженість мімічних і пантомімічних рухів, рухова і мовна загальмованість при відсутності органічних порушень з боку нервової системи.

Підвищення вольової активності:

•**Гіпербулія** - стан патологічного посилення вольової активності, підвищене прагнення до діяльності, руховий неспокій і мовна гіперпродукція.

Гіпербулія може виникати при стресах. Іноді гіпербулія чергується з гіпобулією (при шизоафективному розладі).

Спотворення вольової активності:

- **Парабулії** - виявляється в різноманітних імпульсивних рухових актах, безглуздох, іноді вичурних, рухах і т.д. Виникає спотворення інстинктів, парадоксальність вольових дій.
- **Імпульсивна дія** - несвідома, проста, поодинокі не пов'язана з ситуацією дія, яка здійснюється без вольового рішення. В основі цього лежить слабкість кіркової діяльності, недостатність активного гальмування. Хворі можуть без зрозумілого для оточуючих і них самих приводу падати на підлогу або битись головою об стіну, кричати, співати та ін.
- **Імпульсивні потяги** - короткочасні патологічні потяги, що виникають зненацька, не можуть бути загальмованими і реалізуються у дії.

5. Свідомість, самосвідомість, їх рівні. Критерії непорушеної свідомості

Свідомість - особливий рівень, форма, спосіб функціонування людини, її психіки.

- Свідомість є своєрідним поєднанням усіх простіших форм відображення реальності (сприйняття, відчуттів, уявлень, понять, почуттів, дій), такою формою відображення реальності, для якої властиве узагальнення, і в якій з найбільшою повнотою відображено те, що є специфічним для людини порівняно з тваринами. Свідомість тісно пов'язана з мовою.

Критерії непорушеної свідомості:

- Порушення свідомості можуть бути охарактеризовані через виявлення патологічних змін параметрів, властивих нормально функціонуючій свідомості:
 - 1. ясність
 - 2. об'єм (глибина, широта)
 - 3. зв'язність
 - 4. перемикання.

Традиційно виділяється п'ять якісно розрівняних синдромів потьмарення свідомості: *оглушення, присмерковий стан, онейроїд, делірій, аменція.*

Стан оглушення зазвичай кваліфікується як найбільш простий по своїй структурі синдром потьмарення свідомості. В цьому випадку відбувається лише рівномірне пригноблення всіх видів психічної активності: суб'єкт стає сонливим, адинамічним, аспонтанним, емоційно збідненим, сповільнюється темп мислення, сприйняття стає невиразним.

Присмеркове потьмарення свідомості- характеризується афектами люті, злості, страху, наявністю уривчастого марення і окремих галюцинацій, а також здатністю здійснювати ряд послідовних автоматизованих дій.

Онейроїдний синдром - поєднання образних яскравих бачень з фрагментарним віддзеркаленням навколишнього оточення. Має місце маревне дезорієнтація: химерна суміш реального сприйняття з яскравими фантастичними картинами.

Деліріозне потьмарення свідомості - характеризується напливом яскравих галюцинацій із збереженням орієнтування в самому собі. Спостерігаються труднощі засипання, перед засипанням виникають гіпноготичні галюцинації (бачення при закритих очах) страхітливого характеру: грандіозні битви, вибухи, катастрофи. Сон уривається кошмарами.

Аментивне порушення свідомості характеризується разом з дезорієнтацією у просторі та часі недостатнім осмисленням ситуації.

При певному збереженні сприйняття зовнішніх предметів спостерігається нездатність зв'язати їх воєдино, дати цілісну оцінку того, що відбувається.

6. Стани свідомості у хворого: при стомленості, сонливості, афективно-звужений стан (реферат)

Теми рефератів:

1. Клініко-психологічні аспекти особливостей відчуттів та сприймання у соматично хворих.
2. Вплив особливостей інтелекту хворого на лікувальний процес.
3. Вплив хвороби на емоційно-вольову сферу людини.
4. Зміна емоцій при різноманітних захворюваннях.
5. Зміна вольових якостей людини при різних захворюваннях.
6. Поняття про свідомість та самосвідомість людини.
7. Критерії ясної свідомості.
8. Змінені стани свідомості людини при різних захворюваннях.

Завдання на самостійну роботу:

- 1. Стан психологічних функцій і хвороба як наукова проблема.

Література

1. Медична психологія: підручник / Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Леонов С.Ф., Ніколенко А.Є., Дячук А.М., Калініченко К.О., Кузнецов О.В. – Дніпропетровськ., 2008. – С. 65-86.