

18. Handbook of Art Therapy / edited by Cathy A. Malchiodi Guilford Press, New York, 2003. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.questia.com/read.htm>

19. Moschini Lisa B. Drawing the Line Art Therapy with the Difficult Client, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2005.

20. Rubin J.A. Child Art Therapy, 25 th Anniversary Edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2005.

Крижановская З. Ю. АРТ-терапевтический опыт в работе психолога-консультанта

На основании обзора современной отечественной и зарубежной литературы по арт-терапии обоснована возможность применения методов арт-терапии в работе психолога-консультанта. Обозначены границы использования арт-терапевтических техник.

Ключевые слова: арт-терапия, психологическое консультирование, самовыражение, символ.

Krizhanovska Z. Yu. Art-therapy experience in work of psychologist-counselor

The possibilities of applying the methods of art-therapy in the work of psychologist-counselor on the basis of contemporary home and foreign literature review are grounded. The boundaries of using art-therapy techniques are indicated.

Key words: art-therapy, counseling, self-expression, symbol.

УДК 159.97: 615.85

О. Б. Кузьо

ЕМОЦІЙНА СФЕРА ОСОБИСТОСТІ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ І НЕВРОЗОПОДІБНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

Висвітлено проблему невротичних синдромів як найменш специфічних психопатологічних проявів. Наведено клінічні ознаки, що дозволяють здійснити альтернативне розмежування на «невроз-психоз». Досліджено особливості емоційної сфери особистості у пацієнтів із невротичними розладами та неврозоподібною шизофренією.

Ключові слова: невротичні розлади, неврозоподібна шизофренія, емоційна сфера особистості, згасання емоцій, експериментально-психологічне дослідження.

Постановка проблеми. Упродовж останніх десятиліть важливим у сфері психіатрії залишається пошук маркерів шизофренії і

схильностей до неї. Серед клінічних попередників, що претендують на роль маркера, аналізуються різні ознаки емоційної, поведінкової та когнітивної сфер [3; 10]. Особливо актуальна проблема розмежування невротичних розладів і неврозоподібної шизофренії. Йдеться про розмежування зтяжених невротичних станів від тих варіантів малопрогредієнтного процесу, в психопатологічній картині котрого тривало домінує неврозоподібна симптоматика (неврозоподібна шизофренія).

Це обумовлено природою так званих невротичних синдромів – найменш специфічних психопатологічних проявів, котрі можуть спостерігатися і за інших психічних (шизофренія, органічне ураження центральної нервової системи), а також соматичних захворювань [8]. Невротичні симптоми часто виявляються напередодні маніфестації більш виражених проявів ендogenous чи соматичного страждання. Наприклад, істеричні, obsesивно-компульсивні чи неврастенічні розлади можуть розвиватися на тлі існуючого, але ще не вираженого специфічною симптоматикою шизофренічного фокусу. У зв'язку з цим особлива обережність, ретельність та фаховість під час постановки остаточного діагнозу вкрай необхідна.

Оскільки порушення в емоційній сфері особистості є вагомим маркером невротичних розладів та ознакою наростаючого дефекту при шизофренії, спробуємо виокремити диференціючі показники при цих захворюваннях. Сподіваємося, що таке розрізнення зможе допомогти патопсихологам і психіатрам під час постановки адекватного діагнозу.

Стан дослідження. Під час дослідження праць, пов'язаних із пацієнтами, хворими на шизофренію, важливо пам'ятати про постулати, закладені «класичною психіатрією» (Е. Бльойлер, А. В. Снежневський, А. Б. Смулевич, та ін.). Дещо нетрадиційно аналіз цього захворювання висвітлюється в роботах О. Бумке, Р. Д. Ленга, К. Г. Юнга.

У літературі спостерігається безліч назв, які цілком можливо зіставити з неврозоподібною, малопрогредієнтною шизофренією. Серед найбільш відомих такі: «м'яка шизофренія» (А. С. Кронфельд), «мікропроцесуальна», «мікропсихотична» (С. І. Гольденберг), «рудиментарна», «санаторна» (В. Каннабіх, С. А. Ліознер), «абортивна» (W. Mayer), «передфаза шизофренії» (Г. І. Юдін), «повільно протікаюча» (Д. Озерецковський), «субклінічна», «передшизофренія», «не регресивна», «латентна», «псевдоневротична шизофренія» (Г. І. Каплан, Б. Дж. Седок).

Емоційну сферу особистості, зокрема в хворих на шизофренію, досліджували Н. Г. Гаранян, Н. С. Курек, Н. Н. Карковська, Е. В. Заїка,

Д. Н. Хломов, М. Ю. Лотоцька та ін. Однак, якщо говорити про порівняльний аналіз особливостей емоційної сфери у хворих на неврозоподібну шизофренію та пацієнтів з діагнозом невроз (у контексті диференційної діагностики), то ця тема потребує ще ретельних доопрацювань. Саме такі обставини підвищують науково-психологічний інтерес до цієї проблеми.

Мета статті – простежити закономірності змін в емоційній сфері пацієнтів з невротичним розвитком і неврозоподібними розладами при шизофренії.

Виклад основних положень. Знаходячись на різних рівнях організації дефекту, неврози та шизофренія мають свою точку перетину, яка вносить багато суперечок в диференційну діагностику, часто підтримуючи непорозуміння навіть серед висококваліфікованих фахівців. Складність розмежування підсилюється тим, що за неврозоподібної шизофренії нечасто виникають складні негативні зміни, ознаки психічного розпаду. Тому доводиться ретельно відшукувати специфічні прояви тієї чи іншої нозологічної одиниці, незважаючи на те, що, на перший погляд, досліджувані захворювання значно різняться в своїх проявах.

Спочатку проаналізуємо кілька клінічних ознаках, що традиційно використовуються за альтернативного розмежування «невроз–психоз». При невротичних станах, на відміну від психотичних, зберігається усвідомлення хвороби і відчуття чужості хворобливих проявів. А це означає, що у психотичних пацієнтів немає розділення між спостережуваним «Я» (воно відсутнє) та переживаним «Я». Сприймання навколишньої дійсності у хворих в психозі викривлено, під час неврозу зберігається відчуття реальності.

При психозах спостерігаються аутохтонно виникаючі важкі і тривалі депресії (важкий депресивний епізод – F32.2, F32.3), біполярні афективні розлади (F31.4, F31.5). В коморбідності з невротичними станами найчастіше виступають стерті депресивні фази (легкий депресивний епізод – F32.0, F32.01), а також затяжні депресії типу дистимії (F34.1).

Невротичні прояви не розладнюють поведінку пацієнтів такою мірою, як при психозах. На відміну від психозів, неврози не призводять до порушення суспільних норм поведінки, до різкого і тривалого зниження соціальної адаптації. При психозах «на поверхні» знаходиться багато жаху і хаосу [1, 10].

Таке, дещо грубе розрізнення на «чорне» і «біле» («невроз» і «психоз») має значно розмитіші межі, коли у фокусі уваги опиняється малопроградієнтна (неврозоподібна) шизофренія.

Якщо розглядати емоції в контексті конкретного психічного захворювання, то порушення емоційної сфери вважають однією з

найважливіших ознак наростаючого дефекту у хворих шизофренією. У психопатологічних дослідженнях існують різноманітні погляди на емоційні особливості хворих. К. Юнг підкреслює, що більшість спеціалістів в області шизофренії все-таки вважають розлади емоцій практично центральним явищем в картині хвороби. З одного боку, йдеться про емоційне отупіння («тотальне згасання емоцій», «емоційну тупість»), з іншого – про невідповідність між ідеаторним змістом і афектом [11]. Інші вважають, що тотальне згасання емоцій при шизофренії не є обов'язковим.

Подібні дослідження вказують на те, що хворих на шизофренію можна назвати «мнестичними песимістами» (краще запам'ятовують негативні події, хоча, можливо, і через домінування цих подій в житті хворих), тоді як здорових людей – «мнестичними оптимістами» (позитивні емоції полегшують запам'ятовування і підвищують продуктивність, а емоційний матеріал запам'ятовується краще) [2].

Інші дослідження показують, що у хворих шизофренією відповідно до наростання емоційного дефекту відбувається зниження точності розпізнавання емоцій радості, страху, гніву, страждання за невербальною експресією. Порушення здатності до розпізнавання емоцій має складний, нерівномірний характер і залежить від багатьох факторів. В ситуаціях невизначеності у хворих шизофренією порівняно зі здоровими знижується здатність розпізнавання і збільшується схильність до неемоційних інтерпретацій емоційних переживань середньої і сильної інтенсивності більшою мірою, ніж емоційних переживань слабкої інтенсивності. У хворих шизофренією з нерізко вираженим емоційним дефектом чутливість до переживань слабкої інтенсивності зберігається і навіть загострюється. Дані про підвищену схильність до неемоційних інтерпретацій невербальних експресій можна інтерпретувати як ознаку підвищення порогів сприймання соціальних стимулів, як ознаку емоційної тупості, «дефіциту досвіду емоційного спілкування», який проявляється в малоструктурованих невизначених ситуаціях. Зниження точності розпізнавання і збільшення схильності до неемоційних інтерпретацій можуть бути причиною, зниження емоційного резонансу, емпатії в спілкуванні у хворих окресленої нозології [6].

Д. Н. Хломов указує на те, що у результаті експериментів вдалося виявити тенденцію до уникнення міжособистісних взаємодій та до формалізації спілкування, зважено на зменшення спрямованості на сприйняття емоційних характеристик партнера зі спілкування [9].

Вважається, що у хворих шизофренією лише відповідно до наростання аутизму відбувається послаблення спрямованості на сприйняття емоційної експресії іншого. Деякі хворі зі слабо вираженим

аутизмом можуть навіть точніше розпізнавати емоції порівняно зі здоровими. Їх сюжет може відрізнитися тонким психологічним аналізом, з'ясуванням емоційних причин конфліктів персонажів, виявленням нюансів їх переживань. Відтак правильність розпізнавання емоційних експресій може бути своєрідним лакмусом, що вказує на ступінь вираженості аутизму [5].

Відомо, що в пацієнтів із невротичними розладами емоційні порушення теж займають провідну позицію. Спостерігається лабільність настрою, подразливість, сенситивність, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, неадекватність емоційних реакцій силі подразника та недостатність контролю за ними. Частими є бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням. Емоційні феномени зазвичай представлені образою, розчаруванням та гнівом [10].

Як бачимо, порушення емоційної сфери у хворих на шизофренію може виявитися напрямом розвитку дефекту, коли у пацієнтів спостерігається тотальне згасання емоцій («афективна деменція») разом з невідповідністю між ідеаторним змістом та афектом. Ці прояви можуть супроводжуватися зниженням енергетичного потенціалу та іншою симптоматикою, що є характерною і для невротичних пацієнтів. Однак, у вищезгаданих дослідженнях хворих на шизофренію не було згадано про неврозоподібну шизофренію як окрему форму.

Дослідження здійснювалося на базі Львівської обласної державної клінічної психіатричної лікарні у 7-му та 18-му відділеннях. Всього в дослідженні взяло участь 45 людей: 14 – здорових, 15 – хворих малопрогредієнтною шизофренією, в психопатологічній картині котрої домінує неврозоподібна симптоматика (неврозоподібна шизофренія), та 16 пацієнтів з симптоматикою затяжних невротичних станів. У статті подаємо результати окремих проведених нами методик, які надавалися кожному досліджуваному індивідуально (див. табл. 1).

Досліджуваним пропонувалося оцінити своє здоров'я, розум, характер, щастя та впевненість у собі (за 10-тибальною шкалою). Рівень кожної характеристики умовно зображався вертикальною лінією, нижня позначка якої символізувала найнижчий розвиток, а верхня – найвищий. Під кожною лінією написано, що вона означає, і рискою (---) слід було позначити, як оцінюється розвиток у себе окресленої особистісної якості в цей момент. Після цього досліджуваний хрестиком (*) зазначав, за якого рівня розвитку цих якостей він був би задоволений собою.

Зазвичай, така методика використовується для визначення рівня самооцінки та домагань. Однак, наша мета в основному була зосереджена на простеженні адекватності та критичності респондентів.

Таблиця 1

Діагностичні методики та їх показники

Компоненти емоційної сфери	Характеристика компонентів	Методика	Суть методики і показники
Самооцінка і рівень домагань	Здоров'я, розум, характер, щастя, впевненість у собі	Методика Дембо-Рубінштейна	Відмітити реальний і бажаний стан деяких зі сторін свого життя (за десятибальною шкалою)
Вловлюваність нюансів емоційних подразників	Сильно позитивні, середньо позитивні, сильно негативні, середньо негативні та нейтральні слова	«Емотивна оцінка понять»	Досліджуваний оцінює слова, що зачитуються. Завдання: 1. Виявити відмінності між експертними та індивідуальними оцінками емоційно забарвлених понять (за знаком і інтенсивністю) 2. Визначити ознаки понять, котрі є емоційно значущими
Асоціативні відповіді на емоційні та нейтральні слова	Особливості вербальних реакцій на вербальні стимули з урахуванням поєднань: нейтр. нейтр; нейтр. позит; нейтр. негат. і т. д.	Асоціативний експеримент	Відповідати на слова стимули: нейтральні, емоційно позитивні і емоційно негативні кількома словами, що прийшли в голову; вираховується частка нейтральних, емоційно позитивних і емоційно негативних слів-реакцій.
Сприйняття і оцінка емоційних експресій	Інтерпретація експресії	Інтерпретація малюнків	Пояснити, що зображено на малюнку
	Класифікація експресій	Класифікація малюнків	Розкласти малюнки на 2 групи

1. Результати дослідження за методикою Дембо-Рубінштейна

За результатами нашого дослідження, немає жодного хворого з невротичними розладами, котрий оцінив би стан свого здоров'я як дуже добрий, але такі результати доволі часто трапляються серед хворих на шизофренію (хоча вони і лежать в психіатричній лікарні). У такому випадку ми говоримо, що невротичні пацієнти викривлюють реальність (досить високі оцінки за шкалою «характер»), в той час як психотичні – заперечують її («Хоча я в психіатричній лікарні, але стан мого здоров'я дуже добрий»). Показники в групі здорових в основному трішки вище за середину (5–8 балів), що може свідчити про середню та достатньо адекватну самооцінку.

Аналіз результатів цієї методики наштовхує нас на те, що складно та не завжди результативно використовувати класичні опитувальники та тестові методики (самозвіти) в межах клінічного обстеження (через порушення критики). Більш доречним та результативним у цих випадках може виявитися експериментально-психологічне дослідження, що дозволяє більш точно об'єктивізувати отримані дані.

2. Методика «Емотивна оцінка понять»

Ця методика дозволяє виявити відмінності між експертними і індивідуальними оцінками емоційно забарвлених понять. Під час бесіди можна встановити, які ознаки понять вибираються досліджуваним як емоційно значущі. Стимульний матеріал методики представлений 32 словами. Із цих понять складені два списки, по 16 слів у кожному: 8 нейтральних, 2 сильно позитивні, 2 середньо позитивні, 2 сильно негативні та 2 середньо негативні (див. табл. 2) [3, 4].

Серія 1: кошик, насмішка, пакет, рішення, поличка, знайомство, неспокій, розмір, невдача, випуск, щастя, назва, допомога, папір, ширина, обман.

Серія 2: розклад, успіх, портфель, образа, довжина, інтерес, гараж, наклеп, число, турбота, пружина, горе, продовження, помилка, точка, друзі.

Інструкція: Зараз Вам будуть зачитуватися слова. Їх потрібно оцінити так: якщо слово викликає у Вас позитивні почуття, то його називаєте як «приємне» (а дослідник ставить +); якщо слово викликає дуже позитивні почуття, то його оцінюєте як «дужеприємне» (++); якщо слово викликає неприємне почуття – «неприємне» (–), або ж «дуже неприємне» (– –), а якщо не викликає жодних почуттів, то називаєте його «нейтральним» (0).

Опрацювання даних: 2 бали ++; 1 бал +; -2 бали – –; – 1 бал –; 0 – «нейтральне слово».

Таблиця 2

Розподіл понять за ступенем їх емоційності

Серія	Сильно позитивні	Середньо позитивні	Сильно негативні	Середньо негативні	Нейтральні
1	Знайомство Щастя	Рішення Допомога	Невдача Обман	Насмішка Неспокій	Кошик Пакет Поличка Розмір Випуск Назва Папір Ширина
2	Успіх Друзі	Інтерес Турбота	Наклеп Горе	Образа Помилка	Розклад Портфель Довжина Гараж Число Пружина Продовження Точка

Результати дослідження. Невротичні пацієнти відносять позитивні слова до категорії менш позитивних, тобто важко помічають те добре, що може виявитися навколо них, і не здатні оцінити його як належне. Інтенсивність же негативних слів – значно підсилюють. Нейтральні слова оцінюють достатньо точно. Відтак досліджуваних із невротичним розвитком особистості можна назвати гіперчутливими та надреактивними до сигналів, що потрапляють із зовнішнього середовища. Власне тому психотравмуючі ситуації, викликані негативними стимулами, здатні на них впливати доволі часто [3, 4].

Хворі на шизофренію позитивні стимули найчастіше перетворюють на менш позитивні, нейтральні, навіть негативні. З негативними словами ситуація подібна: їхня емоційність знижується, часом ігнорується, і лишень в поодиноких випадках змінює полюс. А от нейтральні слова перетворюються в емоційні.

3. Методика «Асоціативний експеримент»

Досліджуваним пропонується відповісти на слова-стимули: нейтральні, емоційно позитивні і емоційно негативні, кількома словами, що прийшли в голову. Вираховується частка нейтральних, емоційно-позитивних і емоційно-негативних слів-реакцій. Особливу увагу слід звертати на латентний період (проміжок часу між словом-стимулом і реакцією досліджуваного). Помітне продовження латентного періоду до кінця дослідження може свідчити про підвищену виснажливність

нервових процесів. Можуть оцінюватися і якісні характеристики словесних реакцій. Також варто зважати на мимічні та емоційні реакції.

В якості стимулів нами були запропоновані такі слова: *пень, радість, страх, гнів, успіх, береза, сум, слива, свято*: 3 – емоційно нейтральні (*пень, береза, слива*), 3 – емоційно позитивні (*радість, успіх, свято*), 3 – емоційно негативні (*страх, гнів, сум*).

Результати дослідження. Отримані результати представляємо у нижче запропонованій таблиці 3.

Таблиця 3

Загальна кількість асоціативних відповідей

Вид стимулу	Здорові	Невротичні розлади	Неврозоподібна шизофренія
Нейтральний	9	8,45	5,6
Позитивний	9,75	7,05	5,3
Негативний	8	6,3	3,8
Загальна кількість	8,9	7,3	4,9

З табл. 3 бачимо, що середня кількість відповідей на кожен вид стимулу найбільша в групі здорових, відтак хворі з невротичними розладами найслабше «відгукуються» на запропоновані стимули пацієнти з шизофренією. Ця закономірність простежується під час відповіді і на кожен окремий вид стимулу, і в середньому на всі стимули разом.

На *нейтральні* стимули основна кількість відповідей у всіх групах залишається нейтральною, але здорові частіше надають позитивний відтінок словам (*береза – жіночність, краса, ніжність, тендітність*; *слива – чудова, дім, затишок*; *пень – життя, молодість, народження*), дуже рідко коли негативного (*пень – загибель, тупий, дурний*). В групі досліджуваних з невротичними розладами, якщо слова якимось емоційно і перетворюються, то теж переважно в позитивні (*береза – краса, сонце, свіжість, радість, весна, дівчина*; *слива – добра, солодка, смачна, гарна*; *пень – дім, дитина*). Серед хворих на шизофренію ситуація виглядає дещо інакше. Якщо нейтральні слова якимось емоційно і забарвлюють, то це однозначно негативний відтінок (*пень – смуток, характеристика людини, зима, хочеться спати*; *береза – щось погане, березовий хрест*; *слива – погане нагадує, синяк*).

Під час відповіді на *емоційно позитивні* слова серед усіх досліджуваних багато позитивних реакцій, але, якщо у групі здорових реакції практично 100% позитивні, то серед невротичних пацієнтів є

тенденція до перетворення їх у нейтральні, коли простежується нездатність утримати заданий позитивний тон (радість – *пень, вазон, картина*; успіх – *картина, робота*; свято – *їжа, олівець, зошит, рука, будні*). У хворих на шизофренію часто такі слова перетворюються на емоційно негативні (радість – *сум, сльози, журба, смут, жал, важко відповісти, не знаю*; успіх – *кара, поразка, бути здоровим*; свято – *зараз нічого не хочу, горе, зараз це мене не цікавить*).

Тепер розглянемо, як реагують на емоційно негативні слова в кожній з груп. Можна говорити про схожість між 3-ма групами. Практично усі досліджувані негативно реагуючи на запропоновані слова, лише в одному випадку серед невротичних пацієнтів (сум – радість), і в двох, серед хворих на шизофренію (гнів – радість), простежується контрастність у відповідях. Трапляються випадки, коли пацієнти з діагнозом шизофренії відповідають не асоціативними словами, а своєрідними поясненнями (*це погано, щось недобре, коли хтось на когось гнів має, буває сумно від різних речей, власне так я захворів і т. д.*).

Зауважимо, що це лишень деякі усереднені результати, але в кожній групі є свої, доволі значні, відмінності між відповідями досліджуваних.

4. Методика «Інтерпретація та класифікація емоційних експресій»

Досліджуваного просять оцінити емоційні експресії, зображені на карточках (малюнки), а також розкласти їх на групи (класифікувати). Серед карточок такі: *радість (дівчинка), страх (дівчинка), сором (дівчинка), гнів (хлопчик), інтерес (хлопчик), образа (хлопчик)*. Класифікація можлива за статевою ознакою, номерами, емоційними станами, або ж за іншим, латентним принципом.

Розпізнавання емоцій – достатньо складна процедура, бо охоплює:

- декодування емоційної інформації, віднесення запропонованого об'єкта до відомого, зафіксованого в пам'яті класу, категорії;

- перцептивний компонент спілкування, що є необхідною умовою міжособистісних взаємин;

- один з основних компонентів емоційного процесу в спілкуванні, котрий характеризує чутливість індивіда до переживань іншої людини, рівень емпатії. Говорячи про емпатію, слід виділити 2 важливі аспекти: 1 – це здатність ідентифікувати почуття і думки іншої людини; 2 – здатність до емоційного відгуку на сприйняті емоційні стани іншого.

Подібні експерименти, спрямовані на вивчення емоцій, дозволяють також отримати інформацію про емоційний досвід і загальний емоційний стан індивіда.

Підвищену схильність до неемоційних інтерпретацій експресій у хворих шизофренією можна розглядати як підвищення порогу сприйняття емоційних переживань, що в літературі часто описується як «емоційна тупість». Хворі часом зводять емоційні зображення до нейтральних дій («просто заплющені очі» чи «дівчинка спить»), що й може бути джерелом нездатності до емпатії. Здатність правильно зчитати емоційний вираз часто залежить від ступеня аутизму. Під час сприйняття представлених картинок ці досліджувані частіше використовують латентні ознаки, зазвичай зрозумілі лише їм; складно диференціюють страх та сором, інтерес порівняно з більш точним розпізнаванням радості та гніву.

Пацієнти з *невротичними розладами* дуже чутливі до емоційних експресій іншого, що може свідчити, навпаки, про зниження порогу сприйняття емоційних чинників. Найбільш точно ними диференціюється (порівняно з іншими групами) емоція страху, можливо, як найхарактерніша для них.

Що ж до завдання прокласифікувати представлені зображення, то пацієнти з невротичним розвитком (як і здорові) зазвичай класифікують їх за емоційним принципом, часом вловлюючи нюанси завдання дуже чутливо.

Хворі на шизофренію ігнорують емоційний принцип класифікації, розглядаючи його в свій особливий спосіб, і розподіляють на групи за прихованими ознаками. Серед здорових і невротичних пацієнтів теж доступні певні варіації, але цілком осмислені та зрозумілі для іншого.

Висновок. При шизофренії, на відміну від невротичних станів, часто не зберігається усвідомлення хвороби і відчуття відособленості хворобливих проявів. Крім того, хворі на шизофренію мають певні труднощі в оцінках та самозвітах, особливо що стосується емоційних переживань. У цьому випадку експериментально-психологічні методики (такі як «Інтерпретація та класифікація емоційних експресій», «Емотивна оцінка понять» та ін.) мають свою перевагу над опитувальниками, що ґрунтуються лише на вербальному самозвіті.

Неабияку увагу слід приділяти тим почуттям, які викликає у тебе досліджуваний, зважати на збереженість його особистості та інтересів, його здатність побачити помилки за виконання завдань. Не менш важливе ставлення до процедури експерименту (наскільки емоційним чи байдужим воно є), зниження мотиваційно-спонукальної основи діяльності (редукція енергетичного потенціалу), неадекватність поведінки та ін.

Перспективними у цьому контексті видаються дослідження, пов'язані з удосконаленням патопсихологічного інструментарію з ме-

тою диференційної діагностики невротичних розладів та інших психічних і соматичних захворювань.

1. Басюк О. Б. Спроби диференціації невротичних та неврозоподібних розладів / О. Б. Басюк // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць. – Львів: ЛьвДУВС, 2007. – Вип. 1. – С. 305–319.

2. Гараян Н. Г. Об особенностях эмоциональной памяти у больных шизофренией с чертами дефекта / Н. Г. Гараян // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1988. – Вып. 8. – С. 111–115.

3. Заика Е. В. Методики исследования эмоций в клинической психологии / Е. В. Заика, М. Ю. Лотоцкая // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 5. – С. 35–53.

4. Заика Е. В. Методики исследования эмоций в клинической психологии / Е. В. Заика, М. Ю. Лотоцкая // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 6. – С. 62–68.

5. Карковская Н. Н. Восприятие эмоций больными шизофренией в зависимости от согласованности информации вербального и невербального каналов общения / Н. Н. Карковская // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1986. – Вып. 8. – С. 1187–1191.

6. Курек Н. С. Исследование эмоций эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии / Н. С. Курек // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1986. – Вып. 12. – С. 1831–1837.

7. Смудевич А. Б. Вялотекущая шизофрения (актуальные проблемы клиники и систематики) / А. Б. Смудевич // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2003. – Вып. 1. – С. 4–9.

8. Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов / А. В. Снежневский // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1960. – Вып. 1. – С. 91–107.

9. Хломов Д. Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией / Д. Н. Хломов // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1984. – Вып. 12. – С. 1810–1814.

10. Чабан О. С. Медсестринство в психіатрії: підручник / О. С. Чабан, В. В. Дегтяр, С. В. Білоус. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 264 с.

11. Юнг К. Г. Работы по психиатрии. Психогенез умственных расстройств / К. Г. Юнг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lib.nexter.ru> (8.10.09).

Кузьо О. Б. Эмоциональная сфера личности при невротических расстройствах и неврозивной шизофрении

Освещено проблему невротических синдромов как наименее специфических психопатологических проявлений. Приведены клинические признаки, позволяющие провести альтернативное разделение на «невроз – психоз». Исследованы особенности эмоциональной сферы у пациентов с невротическими расстройствами и неврозивной шизофренией.

Ключевые слова: невротические расстройства, неврозовидная шизофрения, эмоциональная сфера личности, угасание эмоций, экспериментально-психологическое исследование.

Kuzyo O. B. Emotional sphere of personality at neurotic disorders and pseudoneurotic schizophrenia

The problem of neurotic syndromes as the least specific psychopathological manifestations is highlighted. The clinical features which allow to make alternative separation of neurosis and psychosis are presented. The peculiarities of emotional sphere of personality in patients with neurotic disorders and pseudoneurotic schizophrenia are investigated.

Key words: neurotic disorders, pseudoneurotic schizophrenia, emotional sphere of personality, emotional extinction, experimental and psychological investigation.

УДК 159.9-177.3

Н. М. Майорчак

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАТЕГОРІЇ БРЕХНІ
У РОБОТАХ УКРАЇНСЬКИХ
І ЗАРУБІЖНИХ УЧЕНИХ**

Здійснено теоретичний аналіз категорії брехні у працях українських і закордонних учених. Розкрито історичний аспект вивчення проблеми щирості людської поведінки через призму теоретичного пошуку. Подано розгорнуту характеристику основних причин виникнення брехні та її застосування у житті, а також психологічний аналіз основних форм брехні.

Ключові слова: брехня, обман, омана, брехливість, форми брехні, істина, правда.

Постановка проблеми. Питання про брехню і правду актуальне для людини. Як прийнято вважати, брехня і обман – це феномени, які притаманні лише людському суспільству. Брехня – суперечливий, багатоплановий, вкрай заплутаний психологічний феномен, що вимагає глибокого, детального вивчення. Суспільна практика показує, що брехня, обман і неправда є неминучими соціально-психологічними компонентами життєдіяльності людини в суспільстві. У соціальних відносинах обманювати доводиться часто, а тому річ не в тому, щоб відкинути брехню як щось, безумовно, погане, а в тому, щоб пояснити механізми її формування та розвитку.