

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Тодоріка Ліана Володимирівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

на тему: «Нейропсихологічні особливості невротичних розладів»

Керівник:

Пилягіна Галина Яківна

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Рудницька Світлана Юріївна,

доктор психологічних наук, професор,
завідувачка лабораторії когнітивної психології
Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Л.В. Тодоріка
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов.
(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

**Тодоріка Л.В. Нейропсихологічні особливості невротичних розладів.
Рукопис.**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню нейропсихологічних особливостей, які супроводжують невротичні розлади, з метою вивчення нейропсихологічних особливостей, що супроводжують невротичні розлади. У роботі досліджено специфіку когнітивних, емоційних та поведінкових змін, що виникають у осіб із невротичними розладами, а також фактори, що впливають на їх прояви.

У теоретичній частині роботи здійснено системний аналіз сучасної наукової літератури щодо нейропсихологічних характеристик невротичних розладів. Особлива увага приділяється нейропсихологічним дисфункціям, які можуть бути причиною або наслідком цих розладів, а також впливу біопсихосоціальних факторів на їх формування.

Емпірична частина роботи базується на застосуванні методик Рея-Остріца та госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, які дозволяють оцінити когнітивні функції, просторову організацію, пам'ять та здатність до концентрації уваги та оцінити рівень тривоги та депресії. Дослідження було проведено на базі Київського обласного центру ментального здоров'я серед пацієнтів із діагнозами, що відповідають критеріям невротичних розладів за МКХ-10.

Наукова новизна роботи полягає у дослідженні специфічних нейропсихологічних профілів для невротичних розладів.

Ключові слова: невротичні розлади, нейропсихологічні особливості, когнітивна дисфункція, психотерапія, діагностика.

SUMMARY

Todorika L.V. Neuropsychological Features of Neurotic Disorders. The manuscript.

Qualification paper for an educational degree of Master on speciality 053 Psychology. Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The qualification paper is devoted to studying the neuropsychological features accompanying neurotic disorders to investigate the neuropsychological peculiarities that characterize such conditions. The work explores the specifics of cognitive, emotional, and behavioral changes in individuals with neurotic disorders and the factors influencing their manifestations.

The theoretical part of the study provides a systematic analysis of modern scientific literature on the neuropsychological characteristics of neurotic disorders. Special attention is paid to neuropsychological dysfunctions, which may be either causes or consequences of these disorders, as well as to the role of biopsychosocial factors in their development.

The empirical part is based on the application of the Rey-Osterrieth Complex Figure Test and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). These methods allow for the assessment of cognitive functions, spatial organization, memory, attention, and the evaluation of anxiety and depression levels. The study was conducted at the Kyiv Regional Mental Health Center among patients diagnosed with neurotic disorders according to the ICD-10 criteria.

The scientific novelty of the research lies in the identification of specific neuropsychological profiles for neurotic disorders.

Keywords: neurotic disorders, neuropsychological features, cognitive dysfunction, psychotherapy, diagnostics.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ.....	8
1.1. Загальні положення, класифікація, етіологія та патогенез невротичних розладів	8
1.2. Нейропсихологія	15
1.3. Основні поняття нейропсихології.....	23
1.4. Нейропсихологічні аспекти невротичних розладів	36
Висновки до розділу 1	48
РОЗДІЛ II	50
2.1. Обґрунтування умов та методик проведення емпіричного дослідження нейропсихологічних особливостей невротичних розладів	50
Висновки до розділу ii	63
РОЗДІЛ III АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ, ЇХ ОБҐРУНТУВАННЯ.....	65
Висновок до iii розділу	94
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	100

ВСТУП

Тема невротичних розладів на сьогоднішній день набирає величезної актуальності. Події, які переживають українці завдають неабиякої небезпеки для ментального здоров'я суспільства. Ситуацій для тривожності стає все більше, кожен день приносить нові виклики і часто надмірні переживання приводять до важких наслідків, одними з таких наслідків являються неврози або невротичні розлади особистості. Невротичні розлади є поширеним психічним явищем у сучасному суспільстві, що має значний вплив на якість життя людей. З огляду на зростання стресових факторів та психоемоційної напруги, дослідження нейропсихологічних аспектів цих розладів набуває особливої актуальності. Невротичні розлади є однією з найбільш поширених форм психічних порушень у сучасному суспільстві. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кількість людей, що страждають від різних форм неврозів, з кожним роком збільшується, що робить дослідження причин, механізмів розвитку і способів корекції цих розладів надзвичайно важливим завданням. Окрім соціальних та психологічних чинників, значний вплив на розвиток та перебіг невротичних розладів мають біологічні фактори, зокрема нейропсихологічні механізми. Саме тому нейропсихологічний підхід до вивчення невротичних розладів стає все більш затребуваним у сучасній науці. Дослідження взаємозв'язку між когнітивними функціями та патофізіологією мозку дозволяє глибше зрозуміти природу цих розладів і розробити більш ефективні методи їх діагностики та лікування. Таким чином, вивчення нейропсихологічних аспектів невротичних розладів є актуальним та необхідним як для теоретичної науки, так і для практичної діяльності психологів, психіатрів та інших медичних працівників. Неврози є поширеною патологією, при цьому останнім часом кількість хворих на них стрімко зростає, що пов'язують із соціальними перетвореннями, зумовленими тотальним наступом науково-технічного прогресу.

Поряд з явними перевагами він несе необхідність мобілізації адаптивних ресурсів особистості, до чого не всі виявляються готовими. Про поширеність неврозів серед населення свідчить їхня значна частка в структурі інших психічних захворювань, яка, за даними різних авторів, становить 15-30%. Своєчасність проведення обстеження, постановка діагнозу та диференційна терапія значно підвищують ефективність лікування хворих.

Мета дослідження вивчити нейропсихологічні особливості, що супроводжують невротичні розлади.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати сучасну літературу наукових підходів до дослідження невротичних розладів.
- Визначити нейропсихологічні характеристик різних форм неврозів на прикладі клінічних випадків.
- Проаналізувати кореляції між нейропсихологічними показниками і клінічними проявами невротичних розладів на клінічних випадках.

Об'єкт: Нейропсихологічні особливості при невротичних розладах.

Предмет дослідження: когнітивні порушення, емоційна лабільність, вплив стресових факторів на психічний стан як нейропсихологічні особливості невротичними розладами.

Для досягнення мети дослідження використовуються наступні **методи**:

- Нейропсихологічне тестування для оцінки когнітивних функцій.
- Клінічне інтерв'ювання для збору даних про емоційний стан пацієнтів.

Магістерська робота складається з вступу, трьох основних розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі наводиться огляд літератури, що стосується невротичних розладів і

нейропсихології. Другий розділ присвячений аналізу методології та підходів до дослідження. Третій описує клінічні випадки, згідно яких був здійснений опис роботи всієї роботи.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Загальні положення, класифікація, етіологія та патогенез невротичних розладів

Невротичні розлади (неврози) - це група хворобливих станів чи психічних захворювань, котрі мають психогенну етіологію, тобто їх виникнення зумовлене наявністю тривалого внутрішньоособистісного конфлікту.

Вони характеризуються поліморфними клінічними симптомокомплексами різного ступеня вираженості, а також егодистонністю цих клінічних проявів - їх відчуття та усвідомлення як хворобливих та невластивих особистості, що не змінюють її самосвідомість. Невротичні розлади носять переважно функціональний характер, порушують лише певні сфери психічної діяльності (активність деяких ВПФ), не супроводжуються психотичними розладами, інтелектуально-мнестичними порушеннями та грубими порушеннями поведінки, але при цьому вони істотно знижують якість життя та рівень соціального функціонування людини. Виникнення та розвиток невротичних розладів зумовлені патологічною взаємодією таких факторів:

1. Психотравмуючий чинник (його сила, тривалість, особистісне значення).
2. Особистість, яка зазнає психотравмуючого впливу, її характеристики і властивості (вік, характеристики психічної діяльності, рівень стресстійкості/вразливості тощо).
3. Умови ситуації, в якій діє психічна травма, та загальні умови життя (загальні, індивідуальні та ситуативні соціальні фактори).[14]

Класифікація невротичних розладів

Згідно з класифікацією МКХ-10, невротичні розлади (рубрика F4 “Невротичні, пов’язані зі стресом, та соматоформні розлади”) включають:

1. Тривожно-фобічні розлади:

- Агорафобія: страх відкритого простору, перебування на місці, з якого важко вибратися, або в якому важко отримати допомогу.
- Соціальна фобія: патологічний страх осуду чи висміювання з боку оточуючих, який виникає під час соціальної взаємодії або при опинянні в центрі уваги.
- Специфічні (ізолювані) фобії: страх перед певними об’єктами або ситуаціями, такими як висота (акрофобія), замкнені простори (клаустрофобія), тварини (арахнофобія).

2. Інші тривожні розлади:

- Панічний розлад: раптові панічні атаки, що характеризуються інтенсивними вегетативними симптомами, такими як серцебиття, пітливість, запаморочення, та відчуттям страху смерті або втрати контролю.
- Генералізований тривожний розлад: стійка тривога та надмірне занепокоєння з приводу різних аспектів життя, супроводжується симптомами, такими як нервозність, м’язова напруженість, дратівливість, проблеми зі сном [14].

3. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР):

- Обсесії: нав’язливі, небажані думки, які є інтенсивними і часто тривожними, що призводять до вираженого дистресу.
- Компульсії: повторювані дії або ритуальні поведінкові акти (наприклад, миття рук, перевірка замків), спрямовані на зменшення тривоги, яка виникає через обсесії [14].

4. Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації:

- Гостра реакція на стрес: розвивається як негайна реакція на тяжку стресову подію, супроводжується відчуттям розгубленості, тривогою, або навіть психотичними симптомами.

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): повторні “флешбеки” травматичних подій, нічні жахи, підвищений рівень тривоги та емоційна дистанційованість.

- Порушення адаптації: емоційні або поведінкові симптоми, що виникають внаслідок значних змін у житті (наприклад, втрата роботи, розлучення) [14].

5. Дисоціативні (конверсійні) розлади:

- Дисоціативна амнезія: втрата пам'яті на певні періоди часу або події.
- Дисоціативна фуга: раптовий відхід з дому або звичного місця перебування, часто з повною втратою пам'яті про минуле.

- Дисоціативні моторні розлади: порушення рухових функцій, такі як параліч або нездатність координувати рухи, які не мають органічної основи.

6. Соматоформні розлади:

- Соматизований розлад: численні соматичні симптоми, які не мають органічної основи, такі як біль, проблеми з травленням, дисфункції серцево-судинної системи.

- Іпохондричний розлад: стійке занепокоєння з приводу наявності серйозної хвороби, навіть при відсутності медичних підстав [14].

7. Інші невротичні розлади:

- Неврастенія: стан хронічної втоми, зниження продуктивності, дратівливість, порушення сну.

- Синдром деперсоналізації-дереалізації: відчуття відстороненості від самого себе або сприйняття оточуючої реальності як чужої або нереальної.

Кожен із цих розладів може мати різний ступінь вираженості та супроводжується численними вегетативними, емоційними та поведінковими симптомами, які погіршують якість життя та знижують рівень соціального функціонування [14].

Етіологія та патогенез невротичних розладів

Виникнення та розвиток невротичних розладів зумовлені складною взаємодією таких факторів:

1. Психотравмуючий чинник: сила, тривалість, особистісне значення психотравми.
2. Індивідуальні характеристики особистості: вік, психічні властивості, рівень стресостійкості або вразливості.
3. Ситуативні умови: загальні умови життя, соціальні фактори, у яких перебуває людина [14].

Патогенетично невротичні розлади можуть мати як короткочасний (ситуативний), так і затяжний (рецидивуючий) перебіг. Короткотривалі невротичні порушення формуються внаслідок гострих психотравмуючих ситуацій (смерть близької, розрив стосунків, втрата соціального статусу). Затяжні форми виникають у випадку тривалого впливу хронічних стресових факторів, які поступово змінюють структуру особистості та формують невротичні патерни реагування. Таким чином, етіологія невротичних розладів поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники, що обумовлюють розвиток психогенних порушень та визначають особливості патогенезу [14].

Невротичні розлади часто виникають через психотравмуючі ситуації, особливо ті, що мають високу особистісну значимість, порушують важливі потреби людини або супроводжуються втратами. Це можуть бути ситуації, які принижують гідність, викликають страх, становлять загрозу життю, або повідомлення про смерть близьких. Постійна емоційна напруга призводить до

перевантаження адаптивних механізмів і вегетативної сфери, що сприяє розвитку симптомів [4].

Важливу роль відіграють конституційні біологічні фактори, серед яких — спадковість, фізіологічні гормональні стани (наприклад, пубертатний період, вагітність, клімакс), наявні або перенесені хвороби, гіпоксія та інтоксикації [4].

Патоморфоз невротичних розладів:

- Останніми роками відбувається патоморфоз невротичних розладів, тобто зміна їх клінічної картини під впливом соціальних, економічних і культурних змін. Спостерігається тенденція до соматизації невротичних проявів, що характеризується виникненням складних вегетативно-вісцеральних симптомів.

- Підвищується стійкість до лікування (резистентність), а симптоматика часто набуває змішаного або поліморфного характеру [4].

Динаміка та вихід невротичних станів:

- Невротичні розлади можуть мати різний вихід: повне виздоровлення, резидуальні порушення, стабільні невротичні стани, невротичний розвиток особистості або їх заміщення більш масивною психопатологією [4].

- Затяжний перебіг неврозів зазвичай пов'язаний із певною особистісною предрисповицією, схильністю до психічних або соматичних захворювань. Часто наявні ранні прояви аномальної поведінки, що переростають у патохарактерологічні зміни, які посилюють симптоматику і підвищують ризик переходу неврозу в невротичний розвиток особистості [4].

Значна увага приділяється механізмам психічного захисту, зокрема їх порушенням. За теорією Фрейда, пригнічені бажання і внутрішні конфлікти, що витісняються у “безсвідоме”, можуть стати основою для розвитку неврозу [8].

Невротичні розлади мають важливий соціальний вимір, оскільки часто призводять до втрати працездатності, інвалідізації та значних економічних втрат. Лише 25% хворих на невротичні розлади лікуються у психіатрів, більшість отримує допомогу у лікарів загальної практики, що зумовлено стигматизацією психічних розладів [4].

За останні 65 років кількість невротичних розладів збільшилася у 24 рази, що значно перевищує темпи зростання інших психічних хвороб. Це підкреслює значний вплив сучасних соціальних та екологічних чинників на виникнення цих розладів [19].

Спостерігається тенденція до соматизації невротичних проявів, що супроводжується складними вегетативними розладами та затяжним перебігом хвороби. Симптоми можуть проявлятися в несподіваних комбінаціях, що ускладнює діагностику [19].

Невротичні відхилення у психологічній науці відносяться до функціональних розладів, в медицині – до органічних порушень. Також до цих дисфункцій відносяться біхевіоральні порушення та розлади особистості. Невротичні конфлікти – це конкретна дисфункція організму, яка не призводить до шкідливої дії на органи людини. Але, слід зауважити, що дані дисфункції можуть виступати наслідком вже набутих органічних розладів. Тому, в галузі медицини існує певна складність між розпізнаванням невротичних станів та соматичних захворювань. І не завжди людина, яка пережила невротичний розлад, матиме медичний діагноз «невроз». Знання про етіологію невротичних станів та їх терапію є одним із найважливіших елементів освіти фахівця в області кризового консультування [11].

До неврозів не належать психічні розлади невротичного реєстру — невротичні реакції, що часто супроводжують соматичні й нервові захворювання. Невротичні реакції, неврози і психопатії є предметом вивчення так званої межової, або малої, психіатрії. Неврози потрібно відрізняти також від

неврозоподібних розладів, які зазвичай клінічно представлені у вигляді симптомів астенії, обсе-сивно-фобічних чи істеричних розладів, що не мають психогенного походження і складають клінічну картину інших затяжних психічних (наприклад шизофренія) або соматичних (гіпертензивна хвороба, пептична виразка) захворювань [5].

Важливу роль у виникненні хвороби можуть відігравати природжені типологічні особливості нервової системи, а також її стан на певний момент. Найуразливішими в цьому відношенні є особи з астенічними, істеричними та психастенічними рисами характеру, тим більше якщо вони досягають психопатичного рівня [5].

Загальновизнаним є уявлення, що ймовірність виникнення тієї чи іншої форми неврозу визначається особливостями акцентуації характеру людини в преморбідному стані. Зокрема, особистості, акцентуйовані за астенічним типом, схильні до розвитку неврастенії, за тривожним типом — до неврозу нав'язливих станів, за істероїдним типом — до істеричного неврозу. Сприяти виникненню неврозів можуть також тривало існуючі афективно забарвлені уявлення, що відображають глибоке психотравмівне переживання [5].

Психотерапія емоційних та особистісних розладів, пов'язаних із розвитком невротичної особистості, базується на зусиллях клієнта вирішити внутрішні конфлікти, активувати внутрішні ресурси для особистої свободи, емоційної незалежності, відповідальності за своє життя, саморозвитку та адаптивного потенціалу. Ці зусилля можуть відстрочити розвиток невротичних розладів та нормалізувати психічний стан. Невротична особистість відчуває сильне внутрішнє емоційне напруження через суб'єктивно важливі проблеми, які часто є перебільшеними страхами, що призводять до когнітивного дисонансу та психологічних бар'єрів, що заважають реалізації [1].

Розвиток невротичної особистості в першу чергу пов'язаний із психологічними факторами. Деструктивний вплив починається з неадаптивної

емоційної реакції на психотравматичні події. Невротичний розвиток супроводжується патологічними змінами характеру, внутрішніми конфліктами, страхом відкидання, агресією, проблемами з довірою та близькістю. Для досягнення психотерапевтичного ефекту важливо поєднувати різні психотерапевтичні методи з нейропсихокорекцією емоційних, когнітивних і поведінкових розладів. Психотерапевтичний процес повинен бути системним, комплексним і індивідуалізованим [1].

1.2. Сучасні уявлення про нейропсихологію в науковій літературі

Нейропсихологія - це мультидисциплінарна область знань, що створена на стику загальної психології, нейрофізіології, неврології та інших нейронаук. Об'єктом цієї науки є вивчення мозкових механізмів психічної діяльності, а саме вищих психічних функцій (ВПФ), їх формування, структури та функціонування у нормі й при патології. Тому одним з основних фокусів уваги у нейропсихології є порушення ВПФ, у дослідженні котрих реалізується традиційна наукова модель вивчення співвідношення матеріального мозку і нематеріальної психіки [18].

Успіхи психології, нейрофізіології й медицини (неврології, нейрохірургії) початку XX століття підготували ґрунт для формування нейропсихології, як нової дисципліни в науках про людину, започаткованої від загальної психології. Її остаточне відокремлення як наукової дисципліни відбулося в різних країнах на початку та в середині XX століття. Хоча основні ідеї щодо взаємозв'язку мозку та психіки дискутувалися вченими ще в стародавні часи. В епоху Просвітництва XVII-XVIII століття ідеї та дослідження Рене Декарта (1596-1650), Томаса Уїлліса (1621-1675), Франса Галля (1758-1828) започаткували нову еру вивчення процесів пізнання на тлі розуміння, що вони ґрунтуються на діяльності головного мозку.

У XIX сторіччі найзначніший вклад у подальше формування фундаменту нейропсихології заклали всесвітньо відомий науковець - анатом, хірург, антрополог та етнограф - Поль Брока (1824-1880) та видатний український фізіолог і нейроанатом Володимир Олексійович Бец (1834-1894). Роботи В. О. Беца, що безпосередньо сприяли розвитку сучасної фізіології і присвячені будові головного мозку людини, зокрема відмінностям у тонкій структурі, архітектоніці різних його ділянок, зберігають своє величезне значення і досі. Видатні вчені І. М. Сеченов, який працював у Одеському національному університеті імені І. І. Мечнікова та висунув положення про те, що центри рефлекторної діяльності людини знаходяться в головному мозку, а також І. П. Павлов, основні роботи котрого присвячені вивченню психофізіології рефлекторної діяльності, своїми науковими працями з фізіології вищої нервової діяльності також зробили вагомий внесок як предтечі становлення нейропсихології [18].

У XX сторіччі до формування нейропсихології залучилися психологи. Так, Карл Спенсер Лешлі (1890-1958) - американський психолог і фізіолог, фахівець в області поведінкової психології - доклався до формування нейропсихологічної науки дослідження зв'язку між здатностями до навчання і механізмами пам'яті та особливостями функціонування головного мозку. У науці пріоритет щодо розвитку нейропсихології належить двом видатним, всесвітньо відомим науковцям: засновнику когнітивної психології Л. С. Виготському та О. Р. Лурії. Саме Л. С. Виготський запропонував поняття «вищі психічні функції» та розвивав їх вивчення, насамперед у дитячому віці, досліджуючи розвиток психічної діяльності. Він першим висловив ідею про те, що мозок людини має новий принцип організації функцій, що він позначив як принцип екстракортикальної організації психічних процесів. Науковою спадщиною О. Р. Лурії є численні вагомі дослідження з локалізації ВПФ та наслідків локальних уражень мозку. Завдяки їм видатний науковець створив стандартизовану методику нейропсихологічного дослідження, яка зараз широко використовується

у клінічній нейропсихології як нейропси-хологічна методика експрес-діагностики "Лурія-90" [18].

До числа видатних українських учених ХХ сторіччя, наукові праці яких приєдналися до становлення нейропсихології, належать Володимир Володимирович Правдич-Немінський(1879-1952), котрий виміряв першу в світі неінвазивну електроенцефалограму, та Георгій Володимирович Фольборт (1885-1960), який відкрив негативні умовні рефлекси та розробив концепцію фізичної втоми [18].

Сучасна нейропсихологія - це поєднання численних науково-дослідницьких та клінічних знань, яка є невід'ємною складовою наук про людину. Понятійний апарат нейропсихології ґрунтується на поняттях загальної психології теорії у їх своєрідному "пристосуванні" до аналізу роботи мозку людини або інших живих істот. І саме нейропсихологія, вивчаючи локалізовані ураження головного мозку, дає психології можливість довести теоретичні положення та перевірити уявлення і гіпотези, що виникають у ході рішення загальнопсихологічних проблем [18].

Предмет нейропсихології - це система знань про закономірності реалізації ВПФ і цілісної психічної діяльності, закономірності мозкової (нейроанатомічної) організації психічних процесів, емоційних станів і особистості, а також принципи роботи мозку як речовинного субстрату психічної активності, особливості їх порушень при різних видах патології мозку, що вивчається насамперед на матеріалі локальних уражень головного мозку людини (тварин), а також при його нормальному функціонуванні [64].

Завдання нейропсихології можна поділити на теоретичні та практичні.

Теоретичні полягають у дослідженні того, що таке ВПФ (як основний об'єкт нейропсихології) і яка їх психологічна структура; що таке мозок як субстрат ВПФ і які принципи його влаштування та діяльності при здійсненні ВПФ; як співвідносяться ВПФ і мозок, тобто які принципи мозкової організації

(локалізації) ВПФ; якими є закономірності функціонування мозку при взаємодії організму із зовнішнім і внутрішнім середовищем.

Найголовніше практичне завдання нейропсихології - це діагностика функціонального стану мозку та його окремих структур, а саме - нейропсихологічний аналіз локальних ушкоджень мозку, тобто діагностика порушень ВПФ та шляхи їх відновлення (реабілітації порушених ВПФ) [64].

На даний час у нейропсихології використовують декілька наукових підходів, або напрямків:

1. Експериментальна нейропсихологія - напрямок, який є найважливішим у науково-дослідницькій діяльності, бо його завдання: завдяки відтворенню різних процесів психічної діяльності на тваринах чи в експериментах з людиною, досліджувати особливості функціонування центральної нервової системи(ЦНС) у нормі чи при патології.

У цьому підході застосовуються методи психофізіології, експериментальної та клінічної нейрофізіології, чи нейровізуалізації (методи викликаних потенціалів, психофізіологічні тести, ЕЕГ, МРТ тощо). Їх застосування спрямоване на дослідження зв'язків між функціонуванням і морфологічною структурою нервової системи (головного мозку) та когнітивних функцій живих істот, зокрема людини. Цей підхід передусім застосовується у дослідженнях при вивченні поведінки здорової людини в лабораторії. Але також це стосується й фізіологічних чи поведінкових експериментів на тваринах [7].

2. Диференціальна нейропсихологія, або нейропсихологія індивідуальних розходжень. Її можна вважати відгалуженням експериментальної нейропсихології, але ця область знань є окремим напрямком нейропсихології, бо спрямована насамперед на вивчення нормальної діяльності ЦНС, зокрема головного мозку та ВПФ. Завданням цього напрямку є дослідження типів мозкової організації, функціонування вищої психічної діяльності в цілому у здорової людини, а також співвідношення цих знань з різними конкретними

психічними процесами (наприклад, когнітивними, емоційними, вольовими), враховуючи індивідуально-психологічні особливості людей.

Позаяк основні дані у напрямку диференціальної нейропсихології вчені та спеціалісти отримують завдяки експериментам, які проводяться з людиною, то визначальним підходом у цьому напрямку є експериментальна нейрофізіологія [7].

3. Нейропсихологія дитячого віку - один з найважливіших напрямків нейропсихології.

Як окрема галузь дитяча нейропсихологія почала розвиватися у 70-80-х роках ХХ століття. Основне завдання цього напрямку - вивчати базові (теоретичні й науково-прикладні) закономірності і принципи формування психічної діяльності людини в ранньому онтогенезі, а також взаємозв'язок соціального функціонування (поведінки і навчання) дитини з формуванням її ВПФ і особистості при розвитку мозку в нормі й при патології задля розробки ефективних методів корекційно-розвиваючого навчання.

Виходячи з загальної концепції нейропсихології як науки, нейропсихологія дитячого віку базується на принципах:

- соціогенезу ВПФ;
- системної будови ВПФ;
- динамічної організації й локалізації ВПФ.

Глибинні системно-динамічні перебудови, що супроводжують психічний розвиток дитини з точки зору функціонування мозкових структур, долають тривалий шлях, починаючи з внутрішньоутробного періоду. Цей шлях — гетерохронний та асинхронічний. Так, у певний момент починається бурхливий і наче "автономний" розвиток одного психологічного

фактора (наприклад, або фонематичного слуху, або вибіркової пам'яті, або координатних уявлень чи кінестезії), тоді як інші фактори перебувають у стані відносної стабільності або на етапі "консолідації з абсолютно далекою від нього

функціональною системою. Ці процеси в певні періоди раннього онтогенезу синхронізуються, щоб створити у своїй сукупності цілісний ансамбль психічної діяльності, здатний відобразити взаємозв'язок "розум — мозок". Саме це дозволяє дитині природно розвиватися та адекватно адаптуватися у навколишньому світі.

В основному формування мозкової організації психічних процесів в онтогенезі відбувається від стовбурових і підкіркових утворень до кори головного мозку (знизу вгору), від правої півкулі мозку до лівої (справа наліво), від задніх відділів мозку до передніх (ззаду наперед). Найвищим щаблем церебрального функціонального онтогенезу є низхідний контролюючий і регулюючий вплив від передніх (лобових) відділів лівої півкулі до субкортикальних структур [7].

4. Клінічна нейропсихологія, найважливіший прикладний напрямок нейропсихології, котрий вивчає вплив будь-якого патологічного процесу на морфофункціональний стан ЦНС (головного мозку) і діяльність ВПФ задля визначення та оцінки ступеня й особливостей локальних або тотальних уражень ЦНС і порушень ВПФ з метою подальшої корекції та реабілітації осіб, що страждають від хвороби або травми (особливо травми мозку), що викликала порушення когнітивних функцій. Зокрема, цей підхід дає можливість зрозуміти нейрофізіологічне підґрунтя впливу захворювання та/або травми, їх перебігу на психологію людини. Таким чином, клінічна нейропсихологія вивчає нейропсихологічні синдроми, що виникають при локальних ураженнях головного мозку, та закономірні сполучення цих порушень [7].

Важливою частиною клінічної нейропсихології є нейропсихологічна реабілітація. Її основне завдання - при визначеному характері ураження

НС і ступеня порушень ВПФ адаптування хворого до свого стану (наслідків травми чи захворювання) та максимально ефективного відновлення порушених когнітивних, рухових чи інших функцій психічної діяльності.

У клінічній нейропсихології застосовуються різні методи дослідження, зокрема клінічна нейрофізіологія (ЕЕГ, реоенцефалографія, електро-нейроміографія тощо) або методи нейровізуалізації (КТ, МРІ), а також метод нейропсихологічного обстеження. До методів психологічного обстеження в клінічній нейропсихології відносять стандартизовані тести, до яких належить батарея нейропсихологічних тестів "Лурія-90" [7].

5. Когнітивна нейропсихологія - відносно новий підхід у нейропсихології, виникнення якого пов'язане з бурхливим розвитком експериментальної та клінічної нейропсихології. Відокремлення цього напрямку викликане прагненням зрозуміти, як відбувається зв'язок діяльності розуму (психіки) та роботи мозку. Але найпростіше це здійснити, вивчаючи людей, які отримали травму головного мозку або дегенеративну неврологічну хворобу [7].

Таким чином, працює нейропсихологічна модель локалізації окремих зон функціональної активності, коли певна пізнавальна функція втрачається (наприклад, після отримання травми конкретної ділянки мозку) або може бути знайдена у локальній ділянці мозку, і це свідчить, що, можливо, саме ця частина мозку до певної міри включена в конкретний вид психічної діяльності. Однак неможливість створити цілісну модель взаємозв'язку між розумовою активністю (психічною, когнітивною діяльністю) та функціями окремих нейронних ділянок (локусів) або ділянок мозку, свідчить про те, що взаємодія між ними не така проста. Саме тому в когнітивній нейропсихології розглядаються та вивчаються інші моделі взаємозв'язку "розум — мозок" (англ. mind - brain connection). Одна з таких альтернативних моделей - паралельний процесинг, або паралельна обробка інформації (англ. Parallel processing) - завдяки властивості мозку одночасно обробляти різні за якістю отримувані стимули (найперше це стосується якостей кольору, руху, форми та глибини), чіткіше пояснює дисфункції у роботі головного мозку людини, що виникають внаслідок його локальних уражень. Тоді як інша нейрокогнітивна модель вивчає, як когнітивні

патерни чи помилки пізнавальних функцій, що їх роблять пацієнти з конкретними ураженнями мозку, обмежує наше розуміння психічної діяльності незалежно від активності нейронних структур [7].

До цього напрямку нейропсихології належить також і когнітивна нейропсихіатрія - підхід, який досліджує взаємозв'язок "розум — мозок", вивчаючи ці пізнавальні процеси як у психічно здорових осіб (нормальне функціонування мозку), так і у пацієнтів з різними психічними захворюваннями [7].

6. Коннективізм, або коннекціонізм - це суто дослідницький підхід у нейропсихології, бо він спрямований на використання штучних нейронних мереж для моделювання когнітивних процесів людини або тварин, використовуючи спрощені, але правдоподібні моделі функціонування нейронів. Наприклад, для вивчення ефектів травм або хвороб головного мозку нейронні мережі спочатку тренують для виконання якого-небудь когнітивного завдання, потім вносять зміну, що моделює травму (хвороба), і порівнюють із даними, отриманими на реальному мозку [7].

7. Функціональна нейровізуалізація (англ. functional neuroimaging) - дуже важливий напрямок нейропсихології на сучасному етапі її розвитку в цілому та інструментальних методів дослідження функціонування мозку, зокрема. У цьому підході дослідження психічної діяльності та мозкової активності (взаємозв'язок "розум — мозок") проводять, використовуючи

Можливості сучасних нейротехнологій, котрі формують зображення, зчитуючи активність певних нейронних структур, коли людина виконує певне завдання. Це дає можливість зрозуміти, як активація конкретних ділянок мозку пов'язана з певними когнітивними процесами. Функціональна магнітно-резонансна томографія (англ. Functional magnetic resonance tomography, fMRI) для вивчення взаємозв'язку між діяльністю та мозковими процесами має неоціненний вплив на нейропсихологічні дослідження [7].

8. Психофармакологічна нейропсихологія. Ще один напрямок нейропсихології, що набуває значної наукової та прикладної ваги. Завдання цього напрямку: досліджувати вплив різних фармакологічних препаратів на особливості психічних функцій (збережених або порушених) [7].

1.3. Основні поняття нейропсихології

Серед усіх основних понять нейропсихології можна виділити два класи понять. До першого належать поняття, загальні для нейропсихології та загальної психології, тоді як до другого - власне нейропсихологічні поняття, обумовлені специфікою її предмета, об'єкта і методів дослідження [13].

Перший клас понять включає такі концепти: психічна діяльність, вища психічна функція, психічний процес, мовне опосередкування, значення, особистісний смисл (розуміння, сенс), психологічне знаряддя, образ, знак, дія, операція тощо.

Другий клас понять становлять властиво нейропсихологічні концепти, у яких відображається саме предмет нейропсихології. До основних понять цього класу можна віднести наступні:

1. Нейропсихологічний симптом - порушення ВПФ, що виникають внаслідок локального ураження головного мозку (або внаслідок інших патологічних причин, що призводять до локальних змін у роботі мозку) і безпосередньо пов'язані з втратою певного нейропсихологічного фактора.

2. Нейропсихологічний синдром - закономірне поєднання нейропсихологічних симптомів, обумовлене втратою певного фактора (або кількох факторів).

Нейропсихологічний фактор - структурно-функціональна одиниця роботи мозку, що характеризується певним принципом фізіологічної діяльності (*modus operandi*), порушення якого веде до появи нейропсихологічного синдрому [13].

Нейропсихологічний синдромний аналіз - аналіз нейропсихологічних синдромів з метою виявлення факторів, що пояснює походження різних нейропсихологічних симптомів; а також вивчення якісної специфіки порушень різних ВПФ, пов'язаних з втратою певного фактора; та якісна кваліфікація нейропсихологічних симптомів [13].

Нейропсихологічна діагностика - це набір клінічних нейропсихологічних методів і методик дослідження хворих з локальними ураженнями головного мозку, за допомогою яких можна встановити ділянку ушкодження мозку (топічний діагноз) та знайти шляхи до відновлення втрачених ВПФ.

6. Мозкові механізми ВПФ - їх морфофізіологічна основа, сукупність морфологічних структур (зон, ділянок) у корі великих півкуль і в підкіркових утвореннях та фізіологічних процесів, необхідних для здійснення даної психічної діяльності, реалізація яких входить у єдину функціональну систему [13].

Локалізація ВПФ - центральне поняття теорії системної динамічної локалізації ВПФ, їх мозкова організація, що пояснює зв'язок мозку із психікою як співвідношення різних ланок (аспектів) психічної функції з різними нейропсихологічними факторами (принципами роботи кіркової або підкіркової мозкової структури). Норма функції - поняття, на якому базується нейропсихологічна діагностика порушень ВПФ, яке характеризує середні значення нормальної функціональної активності психічної діяльності та роботи мозку в даній популяції і пов'язане з преморбідним станом активності мозку та ВПФ (гендером, віком, типом міжпівкульної організації мозку тощо) [13].

Міжпівкульна асиметрія мозку - нерівноцінність, якісне розходження того функціонального "внеску", який здійснюють ліва та права півкулі мозку в кожному ВПФ, а також розходження в мозковій організації ВПФ у лівій і правій півкулях мозку з особливим механізмом їх об'єднання в єдину інтегративну, цілісно працюючу систему мозкової й психічної активності, що формується під впливом

як генетичних, ендотипових факторів, так і факторів середовища, у якому розвивається та існує людина [33].

Наведені та всі інші поняття, пов'язані з активністю головного мозку або ЦНС в цілому, мозкової організації психічних процесів, емоційних станів, функціонування пам'яті, мислення та інших ВПФ тощо, разом становлять систему знань, яка з єдиних позицій пояснює закономірності морфофункціональної організації мозку, формування порушень і відновлення ВПФ при локальних ураженнях мозку та обґрунтовує теорію взаємозв'язку "розум — мозок" [33].

Нейропсихологія вивчає те, як порушуються ВПФ. Вони можуть порушуватися на різних рівнях. Існують два основних типи порушень ВПФ як проявів психічної діяльності: порушення відносно "елементарних" рівнів, які можуть бути компенсовані включенням вищих форм організації психічної діяльності, пов'язаних з мовою; а також порушення вищих форм організації психічних процесів і системно з ними пов'язаних "елементарних" форм, що вимагають інших методів компенсації. Прикладом того, як "працюють" ВПФ та які прояви мають їх порушення, є просторовий аналіз і синтез. Так, синтетична переробка інформації про особливості простору, в якому перебуває людина, необхідна для виконання довільних рухів, зорового сприйняття, для виконання рахункових операцій (наприклад, розуміння структури багатозначного числа), розуміння логіко-граматичних конструкцій тощо. Так, у просторовому аналізі та синтезі "сходяться" у сполученні такі ВПФ, як довільні рухи, мислення, мова, читання, рахунок і перцептивні процеси [33].

І також відомо, що ці ВПФ, як складова психічної діяльності, пов'язані з роботою тім'яно-скронево-потилічної ділянки лівої і правої півкуль мозку. Ураження цієї зони (наприклад, при хворобі Альцгеймера) призводить до розвитку певного нейропсихологічного синдрому - комплексу нейропсихологічних симптомів (неврологічних та психопатологічних), що

відображають порушення наведених ВПФ, оскільки при цьому втрачається (стає дефіцитарним) загальний для них фактор просторової організації психічних процесів. Тоді як одночасно інші складові психічної діяльності можуть залишатисябереженими за умови відсутності уражень інших зон мозку, тобто їх нормального функціонування. Таким чином, нейропсихологічне обстеження хворого спрямоване не стільки на визначення симптомів порушень ВПФ, скільки на психологічну кваліфікацію цих симптомів, тобто на виявлення патологічної ланки в цілісній системі психічної діяльності. Встановлення ланки порушення/ втрати ВПФ, у свою чергу, дозволяє зробити висновок про механізми утворення нейропсихологічних синдромів та їх закономірне об'єднання в синдром. На підставі цього будується нейропсихологічний системний синдромальний метод вивчення порушення ВПФ, який безпосередньо застосовується у проведенні нейропсихологічної діагностики локальних уражень головного мозку, психічних порушень чи нормального розвитку людини (дитини) [33].

Методи діагностики та дослідження порушень ВПФ у нейропсихології.

Нейропсихологічна діагностика порушень ВПФ та уражень головного мозку будується на різноманітності методів, котрі застосовуються у науково-дослідницькій та прикладній, практичній областях нейропсихології. Всю існуючу кількість цих методів можна поділити на дві групи. До першої слід віднести ті методи, за допомогою яких проводять науково-дослідницькі роботи, а до другої - методи, які використовуються в практичній діяльності [10]. До методів першої групи відносять:

Порівняльно-анатомічний метод дослідження - дозволяє з'ясувати залежність способів життя, поведінки людини чи тварин від особливостей побудови та функціонування їх ЦНС.

Методи подразнення - аналіз особливостей активності ВПФ при певних впливах на мозок: непрямих — будь-яких впливів, котрі не викликають ушкодження тканини мозку (наприклад, транскраніальна стимуляція кори

головного мозку); чи прямих - що безпосередньо діють на нейронні структури (наприклад, застосовуючи мікроелектроди, які імплантуються в окремі нейрони, що дозволяє вивчати активність окремих нейронів), при тому, що безпосередній вплив на мозок обмежений відносно людини [10].

Методи руйнування - передбачає руйнування певної ділянки мозку тварини ("вимикання" окремих ділянок) та спостереження за змінами її поведінки, вивчаючи мозкові механізми психічних процесів. До них належать незворотне руйнування (наприклад, хірургічне видалення певних ділянок мозку, метод перерізання комісур мозку, запропонований Р. Сперрі, тощо) та оборотні порушення ВПФ, які пов'язані з тимчасовим "вимкненням" окремої ділянки мозку з подальшим відновленням функцій (наприклад, охолодження мозку нижче 25 градусів, що призводить до припинення активності нейронів; або метод вибіркового "вимкнення" у наркозі окремої півкулі мозку, коли в одну із сонних артерій вводять спеціальні снодійні; чи при проведенні уніполярного електросудомного нападу) [10].

Метод спостереження - застосовується щодо людини та полягає у фіксації змін поведінки та активності ВПФ у хворих після нейрохірургічних операцій, травм чи поранень в ділянці мозку, а також при наявності у них нейродегенеративних захворювань [10].

Метод експериментальних завдань - передбачає використання будь-яких розроблених завдань, завдяки котрим досліджують ВПФ, найчастіше у здорових підекспертних осіб. Досить часто проведенням експерименту управляє комп'ютер, а реакції ВПФ (час, точність відповідей на деталі завдання тощо) фіксуються завдяки МРТ, ЕЕГ чи іншим інструментальним методам. Усі перераховані вище методи дозволили отримати основні дані, які й стали фундаментом виокремлення нейропсихології як науки, тому їх можна віднести до науково-дослідницьких методів [10].

У практичній нейропсихології використовується нейропсихологічне діагностичне обстеження, в ході якого визначається морфофункціональний стан мозку, кваліфікуються порушення та виявляються особливості стану ВПФ, ступінь вираженості (якісні та кількісні характеристики) співвідношення з їх топічним співвіднесенням щодо конкретних зон мозку.

Нейропсихологічне обстеження включає різні методи нейропсихологічної діагностики порушень ВПФ, і воно передусім спрямоване на виявлення різних симптомів, які класифікують як первинні, вторинні й третинні. Первинні симптоми фіксують прояви випадіння ВПФ в цілому або якоїсь її ланки, в той час як вторинні відображають вплив цього дефекту на одну або кілька ВПФ; тоді як третинні симптоми, які можуть бути діагностовані в ході обстеження, фіксують перебудову роботи мозку в результаті компенсаторних процесів у ході адаптування до набутих порушень.

Найчастіше нейропсихологічне діагностичне обстеження складається з кількох частин: Неврологічне та загальносоматичне обстеження, яке проводиться лікарем-невропатологом і зосереджене на виявленні неврологічних симптомів як проявів осередкової неврологічної симптоматики внаслідок наявності патології головного мозку — наслідків інсультів, травм чи захворювань (дифузної мозкової патології). До нього залучається діагностика загального стану хворого (медичне обстеження з використанням необхідних лабораторних та будь-яких інших методів діагностики) [10].

Нейропсихологічне тестування, яке проводиться лікарем або медичним психологом із застосуванням різних за змістом та методами тестових методик, котрі, власне, визначають характер і ступінь вираженості порушень ВПФ та ураження ЦНС [16].

До нейропсихологічного тестування входять насамперед такі напрямки дослідження:

1) Оцінка загальної активності мозкової та психічної діяльності - при цьому, враховуючи скарги, які висловлює хворий, визначається стан порушення свідомості, емоційний стан, здатність усвідомлювати свій стан і поведінку, в тому числі доволіно регулювати та керувати нею [16].

2) Оцінка латеральної організації діяльності мозку - застосовуються різні тести, які виявляють провідну руку, око та ногу. Це є важливим прогностичним фактором, бо ураження зон мозку, які регулюють, наприклад, активність домінуючої кінцівки, переносяться людиною важче, позаяк у реабілітаційному процесі дуже складним завданням є навчання діяльності тією кінцівкою, яка не використовувалася людиною автоматизовано (як домінуюча) [16]. Приклади тестів, котрі визначають домінуючу латеральність півкуль мозку та мозкових функцій: "Переплетіння пальців", "Поза Наполеона" (переплетіння рук), "Тип аплодування", "Поза — нога на ногу", "Карта з дір-кою" та інші.

3) Оцінка стану та порушень уваги - це тести, які виявляють здатність концентрувати й переключати увагу. Увага характеризує характер перебігу (вибірковість будь-якої психічної діяльності), динаміку психічних процесів. Виокремлюють такі процеси, в яких реалізується увага: сенсорна (зорова, слухова, тактильна, інші); рухова (проявляється в усвідомленні та регуляції моторних процесів); емоційна (привертається емоційно-значущими стимулами з використанням процесу закарбування інформації в пам'яті, або процесу імпринтингу); інтелектуальна (є проявом інтелектуальної діяльності, наприклад, увага до предмета обмірковування). Одним з найпоширеніших тестів є "Визначення рівня уваги за таблицями Шульте", "Коректурна проба", котрі виявляють ступінь порушень уваги [16].

4) Оцінка стану та порушень гнозису та сенсорних систем. Термін "гнозис" (або "гнозія") у нейропсихології використовується як збірне нейрофізіологічне поняття для визначення процесів сприйняття і розпізнання (перцептивної категоризації) зовнішніх стимулів різної модальності (зоровий,

слуховий, тактильний гнозис, стереогнозис тощо) [16]. Найважчим порушенням гнозису, тобто різних форм і процесів пізнання, є агнозія - неможливість впізнавати та розрізняти стимули, що відносяться до певного аналізатора (наприклад, зорова або слухова, абосенсорна шкірно-кінестетична агнозія) [16]. Приклади тестів, завдяки яким можна діагностувати агнозію: зорову — "Накладені фігури", "Копіювання малюнків"; слухову — "Відтворення та оцінка ритмів", "Розуміння слів, подібних за звучанням або за значенням", "Малюнок тривимірного об'єкта" й інші [18].

5) Оцінка стану та порушень праксису (моторних функцій). Термін "праксис" описує нейрофізіологічний, аналітико-синтетичний процес організації цілісного рухового акту або довільної рухової активності та дій (зокрема, автоматизованого виконання комплексу рухів). Апраксія - найважчий синдром порушення довільних рухів та дій з предметами, що виникає при локальних ураженнях зон головного мозку полів рухового аналізатора і не супроводжується елементарними руховими розладами (паралічі, парези, тремор). До варіантів апраксії належать порушення просторового чи конструктивного праксису, а також втрата можливості писати при здатності розуміти текст і відсутності паралічу чи парезу верхніх кінцівок. Приклади тестів на дослідження регуляторного праксису: реакція вибору (так звана конфліктна проба "кулак — палець"), проба "кулак - ребро — долоня", графічна проба; виконання ритмів по інструкції тощо [16].

6) Оцінка стану та порушень мовлення, яка включає визначення патології імпресивної (сенсорної) та експресивної (моторної) мови при локальних ураженнях головного мозку [16]. Найскладнішим розладом мовлення є афазія — неможливість відтворювати мовлення внаслідок локального ураження кори головного мозку, що асоціюється з відповідною мовною діяльністю (сенсорною чи моторною). Одним з варіантів афазії є втрата можливості читати вголос. Прикладами тестів, що визначають порушення мовлення, є: "Завершення

речень", "Перерахування предметів, цифр тощо", "Повторення речень та висловів" та інші [16].

7) Оцінка стану та порушень пам'яті. До найпоширеніших тестів, що визначають порушення пам'яті, відносяться: "Запам'ятовування 10 слів", "Перерахування місяців року", "Рахунок за Крепеліном" (віднімання від 100 по 7), тест відновлення комплексної фігури Рея — Остерріца (зорово-просторова пам'ять) тощо [16].

8) Оцінка стану і порушень мислення та інтелекту. Приклади найпоширеніших тестів, завдяки яким можна визначити характер порушень мислення та інтелекту: "Незакінчені речення", переказ побаченого, розповідь за серією малюнків, розуміння прислів'я тощо [16].

Однією з таких найпоширеніших методик нейропсихологічного тестування є синдромний факторний системний аналіз порушень ВПФ, запропонований О. Р. Лурією, який відібрав та розробив низку тестів, об'єднаних у "Батарей методів Лурії (нейропсихологічна методика експрес-діагностики "Лурія-90"), яка дозволяє оцінити стан всіх основних ВПФ. Використання цієї системи тестів дає можливість адекватно діагностувати локалізацію уражень головного мозку та визначати ефективність лікувальних і реабілітаційних заходів, які застосовуються у веденні хворого [16].

Нейропсихологічний аналіз за допомогою "Батарей методів Лурії" полягає в дослідженні нейропсихологічних синдромів - закономірних поєднань розладів психічних функцій при пошкодженні різних зон мозку [37].

Він заснований на системному підході до аналізу стану / порушень ВПФ і функції окремих зон мозку та якісному аналізу дефекту щодо різних пізнавальних процесів (мови, мислення, письма та рахунку, пам'яті), довільних рухів та дій. Методи безпосередньо пов'язані з розумінням автором мозкової організації психічних процесів, дають можливість визначити якісну специфіку порушень ВПФ, а не тільки констатувати їх наявність і ступінь ураження. Цим вони

відрізняються від численних батарей тестів, які традиційно використовуються в Європі чи Америці та мають психометричну основу, тобто орієнтовані на кількісну оцінку порушень, а не на їх якісний аналіз [37].

Застосування всієї батареї "Лурія-90" адресоване до всіх мозкових структур, які забезпечують параметри ВПФ, що і дозволяє визначити зону ураження мозку. Зміна складності до навчання, робоча пам'ять і виконавчі функції (здатність до виконання довільних дій), візуальна пам'ять, увага і час реакції, семантична або вербальна пам'ять, здатність приймати рішення та контроль відповідальності. Оскільки в цьому тестуванні використовуються з метою діагностики нейропсихологічних порушень невербальні стимульні матеріали, то воно може застосовуватися у дітей чи дорослих, не враховуючи культуральні чи мовні особливості [37].

Також до нейропсихологічного тестування належать стандартизовані (психометричні) нейропсихологічні тести, у яких також вивчаються особистісні характеристики ВПФ (нейрокогнітивних процесів) у нормі чи характер і ступінь їх порушень при патологічних станах, травмах та захворюваннях. Ці тести, як правило, стандартизуються і валідизуються на великих групах здорових людей, перш ніж бути використовуваними в окремих клінічних випадках. Дані, що впливають зі стандартизації, відомі як нормативні дані. Після того як ці дані були зібрані й проаналізовані, вони використовуються як порівняльний стандарт для кількісного аналізу та визначення порушень ВПФ. Найпоширенішими прикладами стандартизованих нейропсихологічних тестів є: тест Векслера для виміру інтелекту дорослих (WAI), тест Векслера для виміру порушень пам'яті (WMS), експрес-тест оцінки психічного статусу (MMSE) тощо [37].

Інструментальне дослідження, що проводиться лікарями з функціональної діагностики та включає будь-які необхідні методи дослідження (ЕЕГ, МРТ, КТ тощо), які верифікують характер та ступінь ураження головного мозку [16].

3.1. Методи сканування головного мозку (нейровізуалізації) застосовують, щоб досліджувати його морфологічну структуру або функціональну активність з високою мірою точності та доказовості з використанням новітніх інженерних розробок у медичній техніці.

До них належать наступні методи:

Комп'ютерна томографія (КТ, англ. Computed tomography imaging): метод неінвазивного пошарового дослідження внутрішньої побудови організму людини, заснований на вимірі та комп'ютерній обробці різниці посилення чи ослаблення відповіді на рентгенівське випромінювання різними за щільністю тканинами. Натепер є основним методом дослідження внутрішніх органів людини, в тому числі головного мозку, з використанням рентгенівського випромінювання [18].

Магнітно-резонансна томографія (МРТ, англ. Magnetic resonance tomography or Magnetic resonance imaging): також метод

неінвазивного пошарового дослідження внутрішніх органів і тканин в організмі людини, зокрема головного мозку, за допомогою використання фізичного явища ядерного магнітного резонансу (вимірювання електромагнітного відгуку ядер атомів водню при їх збудженні за допомогою електромагнітних хвиль у сталому магнітному полі високої напруженості). За якістю сканування він є дуже потужним методом медичної візуалізації і дає змогу отримувати висококонтрастне зображення головного мозку в цілому та окремих його ділянок [18].

Функціональна магнітно-резонансна томографія (англ. Functional magnetic resonance tomography) - метод вивчення зон активності кори та підкіркових структур головного мозку. За допомогою функціональної МРТ фіксується кровопостачання різних зон головного мозку та його динамічні зміни при виконанні різних розумових операцій у наукових дослідженнях.

Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ, англ. Positron emission tomography) - діагностичний і дослідницький метод ядерної медицини з використанням радіоізотопної діагностики організму людини, коли у кров вводиться радіофармпрепарат. Завдяки міченим ізотопам, які випромінюють

позитрони (при позитронному розпаді радіонукліду, що входить до складу радіофармпрепарату), та після їх анігіляції з електронами відбувається поява (емісія) двох фотонів - власне вони і реєструються томографом. За допомогою ПЕТ є можливість вивчати такі різні процеси у нормі та патології, як морфофункціональні особливості будь-яких тканин організму людини на клітинному рівні (зокрема, нейронів та нейронних структур головного мозку), внутрішньоклітинний метаболізм і транспорт речовин, експресію генів тощо [18].

3.2. Методи електрофізіологічного обстеження з використанням електрофізіологічних засобів, що вимірюють біоелектричну активність мозку (потужність та динаміку показників електричного або магнітного поля, що виникає завдяки активності ЦНС), а також фіксують коливання судин мозку. Наступні методи є найпоширенішими в електрофізіологічній діагностиці уражень головного мозку та ВПФ [3].

Електроенцефалографія (ЕЕГ) - метод графічної реєстрації біопотенціалів головного мозку, які можна знімати зі скальпу, з поверхні або з глибоких структур головного мозку. Це запис сумарної біоелектричної активності головного мозку, який дозволяє проаналізувати його фізіологічний стан та зрілість, наявність епілептичної активності або локальних уражень головного мозку, а також загальнономозкових розладів, визначити їхній характер та ступінь вираженості [3].

Реоенцефалографія — неінвазивний реографічний метод дослідження судинної системи головного мозку, заснований на записі показників електричного опору його тканин, при пропущенні через них слабого електричного струму високої частоти [3].

Магнітоенцефалографія – метод обстеження роботи мозку, при застосуванні якого вимірюють та візуалізують магнітні поля, що виникають внаслідок електричної мозкової активності. Для детекції потужності магнітного поля використовуються високоточні надпровідникові квантові інтерферометри.

Електронейроміографія - метод, який ґрунтується на реєстрації та аналізі біоелектричних потенціалів м'язів і нервів [3].

Метод викликаних потенціалів - визначення коливань сумарної біоелектричної активності мозку, що виникають у відповідь на різні види зовнішнього непрямого подразнення (стимуляції) кори головного мозку сенсорними стимулами. Вони мають вигляд послідовності позитивних та негативних хвиль, які виникають і тривають 0,5-1 секунди після стимулу, тобто у відповідь на певний зовнішній вплив реєструють зміни ритмів у спектрі електроенцефалограми [3].

Цей метод найчастіше використовується у наукових дослідженнях, які в цьому варіанті нейропсихологічного обстеження вивчають фізіологічні механізми і кореляти пізнавальної діяльності людини. За необхідності в обстеження можуть бути включені будь-які інші додаткові медичні дослідження, що необхідні для максимально точного діагностування ураження головного мозку та порушень ВПФ [3].

Нейропсихологія як важлива складова медичної психології є сучасною наукою, яка дуже швидко розвивається, має велике значення для поглиблення знань у царині наук про людину. А практичне значення нейропсихології полягає в тому, що нейропсихологічний підхід до аналізу порушень психічної діяльності, окремих ВПФ при ураженнях мозку може здійснюватися у будь-якій клініці - психіатричній, неврологічній, нейрохірургічній і соматичній. Якісна та своєчасна діагностика локальних уражень головного мозку загальномозкових захворювань, що безпосередньо негативно позначається на психічній діяльності (активності

ВПФ), дає можливість максимально ефективно відновлювати психоневрологічну активність та соціальне функціонування людини [54].

1.4. Нейропсихологічні особливості у пацієнтів при невротичних розладах

Нейрофізіологічні зміни при невротичних розладах є результатом порушень у функціонуванні різних структур головного мозку та нейромедіаторних систем, що відповідають за регуляцію емоцій, стресу та поведінкових реакцій. Детальний огляд ключових нейрофізіологічних змін, характерних для невротичних розладів:

1. Дисфункція лімбічної системи. Лімбічна система є важливою для регуляції емоційних реакцій і мотивації. Вона відіграє центральну роль у розвитку невротичних розладів, особливо в тривожних та депресивних станах. Основні її структури включають:

- Мигдалеподібне тіло (амигдала): є основним центром обробки страху та емоційних реакцій на стресові подразники. У пацієнтів з невротичними розладами, особливо при тривожних розладах, спостерігається гіперактивність мигдалеподібного тіла, що призводить до надмірного переживання тривоги, страху та емоційної реактивності навіть у незначних стресових ситуаціях. Така гіперактивність може призводити до хронічної тривоги та підвищеного рівня стресу [62].
- Гіпокамп: відповідає за регуляцію пам'яті та контексту стресових подій. У пацієнтів з тривалими невротичними розладами, зокрема при посттравматичних стресових розладах (ПТСР) або хронічній тривозі, спостерігається зменшення об'єму гіпокампу. Це може бути пов'язано з хронічним впливом стресових гормонів (глюкокортикоїдів), які

пошкоджують нейрони гіпокампу. Зменшений гіпокамп пов'язують із порушенням здатності до управління стресом і формуванням чітких спогадів про стресові події [62].

2. Дисфункція префронтальної кори

- Префронтальна кора відповідає за регуляцію когнітивних процесів, контроль емоцій і прийняття рішень. При невротичних розладах, таких як тривога та депресія, спостерігається зниження активності у вентромедіальній та дорсолатеральній ділянках префронтальної кори. Це призводить до зниження здатності контролювати емоції та оцінювати загрози, що може підсилювати відчуття тривоги та страху [62].

- Порушення зв'язку між префронтальною корою та мигдалеподібним тілом: при невротичних розладах спостерігається порушення зворотних зв'язків між цими структурами. У нормі префронтальна кора гальмує гіперактивність мигдалеподібного тіла, регулюючи емоційні реакції. Однак при невротичних станах ці механізми можуть бути порушені, що призводить до надмірного емоційного збудження [62].

3. Гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової (ГГН) осі

ГГН вісь відповідає за регуляцію стресових реакцій через вироблення гормонів стресу (кортизолу). При невротичних розладах, особливо при хронічній тривозі та ПТСР, спостерігається гіперактивність цієї осі, що призводить до підвищеного рівня кортизолу в крові. Постійно високий рівень кортизолу негативно впливає на роботу мозку, зокрема пошкоджуючи гіпокамп та порушуючи регуляцію емоційних реакцій [62].

- Вплив хронічного стресу: тривала активація ГГН осі призводить до виснаження стресових резервів організму, що посилює симптоми невротичних

розладів, таких як тривога, дратівливість, порушення сну та зниження когнітивних функцій (пам'ять, увага) [20].

4. Порушення роботи нейромедіаторних систем

При невротичних розладах значну роль відіграють дисбаланси у роботі нейромедіаторів, що забезпечують комунікацію між нейронами [16].

- Серотонінова система: серотонін є ключовим нейромедіатором, що регулює настрій, тривогу та сон. При депресивних та тривожних розладах спостерігається дефіцит серотоніну в синаптичних щілинах нейронів, що спричиняє появу таких симптомів, як депресія, тривожність, порушення сну та апетиту [16].

- Норадреналінова система: норадреналін залучений до регуляції стресових та тривожних реакцій. При невротичних розладах спостерігається порушення в роботі норадреналінової системи, що веде до гіперчутливості до стресових подразників і підвищеної тривоги [16].

- ГАМК (гамма-аміномасляна кислота): ГАМК є основним гальмівним нейромедіатором у мозку, який пригнічує збудження нервової системи. При тривожних розладах може спостерігатися дефіцит активності ГАМК, що призводить до надмірного збудження та неможливості розслабитися [16].

5. Зміни в мережах мозку, що відповідають за внутрішню обробку інформації та саморефлексію.

- Мережа пасивного режиму роботи мозку (default mode network): ця мережа активна у стані спокою, коли людина не займається конкретними завданнями, а зосереджується на внутрішніх думках, рефлексіях та самоаналізі. При невротичних розладах, особливо при депресії, спостерігається гіперактивність цієї мережі, що може призводити до надмірного роздумування, самоосуду та зациклення на негативних думках [45].

6. Вплив стресу на нейрогенез

Хронічний стрес, характерний для невротичних розладів, негативно впливає на нейрогенез – процес утворення нових нейронів у мозку. Особливо це стосується гіпокампу, де виробляються нові клітини, необхідні для регуляції пам'яті та емоцій. Хронічне підвищення рівня кортизолу та інших стресових гормонів може пригнічувати нейрогенез, що ще більше посилює когнітивні та емоційні порушення [17].

7. Вегетативна нервова система

Пацієнти з невротичними розладами часто мають порушення функціонування вегетативної нервової системи (ВНС), особливо її симпатичної частини, що призводить до підвищеної збудливості, тахікардії, підвищеного потовиділення та інших симптомів, пов'язаних із “бою або втечею” реакцією. В той же час парасимпатична система, що відповідає за розслаблення і відновлення, може бути пригніченою, що призводить до порушення здатності розслаблятися та відновлюватися після стресу [57].

Невротичні розлади супроводжуються значними нейрофізіологічними змінами, які впливають на роботу різних структур мозку, нейромедіаторних систем і регуляцію стресу. Ці зміни пояснюють широкий спектр симптомів, таких як тривога, депресія, когнітивні порушення та вегетативні розлади, які характерні для невротичних станів [57].

Нейромедіаторні системи відіграють ключову роль у регуляції емоційного стану, настрою, стресових реакцій та когнітивних функцій. При невротичних розладах відбуваються значні порушення в роботі кількох основних нейромедіаторних систем, таких як серотонінова, норадреналінова, дофамінова, ГАМК-ергічна та глутаматна. Нижче розглянемо детально кожну з них [6].

1. Серотонінова система

- Роль серотоніну: Серотонін (5-НТ) є одним із основних нейромедіаторів, що регулює настрій, емоції, сон, апетит і реакцію на стрес. Серотонін виробляється у ряді ядер стовбуру мозку, зокрема у ядрі шва, і впливає на функції префронтальної кори, лімбічної системи та інших регіонів мозку, що залучені у регуляцію емоцій [6].

- Дефіцит серотоніну при невротичних розладах: У пацієнтів із тривожними та депресивними розладами спостерігається дефіцит серотоніну у синаптичних щілинах, що призводить до порушення регуляції емоцій і настрою. Це пояснюється як зниженням кількості серотонінових рецепторів, так і порушенням його зворотного захоплення. Саме тому антидепресанти з класу селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), такі як флуоксетин або сертралін, є ефективними при лікуванні депресивних та тривожних розладів [6].

- Порушення серотонінової регуляції: Знижений рівень серотоніну також призводить до таких симптомів, як порушення сну, підвищена тривожність, емоційна нестабільність, а в деяких випадках – агресія та імпульсивність [6].

2. Норадреналінова система

- Роль норадреналіну: Норадреналін (NA) є нейромедіатором і гормоном, що відповідає за реакції організму на стрес, регуляцію уваги, пильності та енергії. Він виробляється у блакитній плямі (locus coeruleus) стовбуру мозку і впливає на різні відділи мозку, зокрема на гіпокамп і кору великих півкуль [6].

- Гіперактивність норадреналінової системи: При тривожних і стресових розладах спостерігається підвищена активність норадреналінової системи, що призводить до таких симптомів, як підвищена пильність, надмірна збудливість, тахікардія, підвищений артеріальний тиск та інші прояви стресової

реакції “бий або біжи”. Підвищений рівень норадреналіну сприяє появі відчуття тривоги та панічних нападів [6].

- **Порушення в регуляції норадреналіну:** У людей з невротичними розладами часто порушується баланс між активністю симпатичної і парасимпатичної нервової системи, що відповідає за стресові реакції та відновлення організму. Це призводить до хронічної тривожності, стомлюваності і вегетативних порушень [6].

3. Дофамінова система

- **Роль дофаміну:** Дофамін відіграє важливу роль у системі винагороди мозку, регуляції мотивації, емоцій, рухових функцій та когнітивних процесів. Основні дофамінові шляхи включають мезолімбічний та мезокортикальний шляхи, які беруть участь у регуляції настрою та емоційної реактивності [6].

- **Порушення дофамінової системи при невротичних розладах:** Дофаміновий дисбаланс, особливо у мезокортикальному шляху, пов’язаний із зниженням мотивації, появою апатії та анедонії (втрата здатності отримувати задоволення) у пацієнтів із депресивними розладами. У випадках підвищеної тривожності або obsесивно-компульсивних розладів спостерігається гіперактивність мезолімбічного шляху, що може призводити до надмірної уваги на загрози або небезпеки [6].

- **Дофамін і тривога:** Зниження рівня дофаміну у префронтальній корі може бути пов’язане із підвищенням тривожності, порушенням когнітивних функцій та зниженням здатності регулювати емоційні стани [6].

4. ГАМК-ергічна система (гамма-аміномасляна кислота)

- **Роль ГАМК:** ГАМК (GABA) є основним гальмівним нейромедіатором у центральній нервовій системі. Вона знижує збудливість нейронів і грає ключову роль у регуляції емоційних реакцій та стресу. ГАМК

працює як природний “транквілізатор” мозку, пригнічуючи надмірне збудження та допомагаючи зменшити тривогу [9].

- Дефіцит ГАМК при невротичних розладах: У людей із тривожними розладами, зокрема генералізованою тривогою та панічними атаками, спостерігається зниження активності ГАМК-ергічної системи, що призводить до підвищеної збудливості нервової системи та виникнення симптомів тривоги. Це може проявлятися у вигляді напруги, неспокою, дратівливості, порушення сну і труднощів із концентрацією уваги [9].

- Лікування через посилення ГАМК-активності: Багато анксіолітиків (ліки для зменшення тривоги), зокрема бензодіазепіни, діють через посилення ГАМК-ергічної активності, що допомагає знижувати тривожні симптоми та покращувати здатність до розслаблення [9].

5. Глутаматна система

- Роль глутамату: Глутамат є основним збуджувальним нейромедіатором у мозку, який відіграє ключову роль у синаптичній пластичності, пам’яті та навчанні. Він взаємодіє з ГАМК для підтримки балансу між збудженням і гальмуванням у центральній нервовій системі [9].

- Глутаматна дисрегуляція при невротичних розладах: Надмірне збудження нейронів через підвищену активність глутамату може сприяти розвитку тривожних розладів та депресії. Хронічний стрес та травматичні події можуть викликати дисбаланс між ГАМК і глутаматом, що призводить до нейронального збудження, а це в свою чергу посилює симптоми тривоги та стресу [9].

- Глутамат і нові терапевтичні підходи: Дослідження нових підходів до лікування тривожних і депресивних розладів фокусуються на регуляції глутаматних шляхів. Наприклад, кетамін, який є антагоністом глутаматного рецептора NMDA, використовується як швидкодіючий антидепресант [2].

6. Роль нейромедіаторної регуляції у стресі та адаптації

При невротичних розладах, особливо при хронічному стресі, спостерігається порушення балансу між гальмівними (ГАМК) та збуджувальними (глутамат) процесами. Це призводить до:

- Порушення адаптаційних можливостей організму в стресових ситуаціях: дисбаланс між ГАМК та глутаматною активністю унеможливорює належну реакцію на стрес і знижує здатність до саморегуляції після стресових подій.[2]
- Хроні збудження нервової системи: гіперактивність глутаматної системи та недостатність ГАМК-ергічного гальмування призводить до підвищеної збудливості нейронів, що викликає симптоми тривоги, паніки та емоційної нестабільності.[2]
- Нейротоксичний вплив: постійне надмірне збудження через глутамат може призвести до нейронального пошкодження (ексайтотоксичності), що особливо актуально для гіпокампу, відповідального за пам'ять і регуляцію емоцій. Це пояснює порушення когнітивних функцій і емоційного контролю у пацієнтів із хронічними невротичними розладами.[2]

Взаємодія нейромедіаторних систем

Нейромедіаторні системи не функціонують ізольовано, вони тісно взаємодіють одна з одною:

Серотонін і норадреналін: серотонінова та норадреналінова системи мають взаємозв'язок у регуляції настрою та тривожних реакцій. Наприклад, серотонін модулює активність норадреналіну, що важливо для контролю емоційних і стресових відповідей. Це обґрунтовує ефективність комбінованої терапії з використанням інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (наприклад, венлафаксину) для лікування депресії та тривоги.[12]

ГАМК і глутамат: ці системи функціонують у протилежному напрямку. ГАМК гальмує збудження, тоді як глутамат його підсилює. Їхній баланс є критичним для нормальної роботи мозку. Дисбаланс цих систем часто є характерним для невротичних розладів і може проявлятися в таких симптомах, як підвищена тривожність, порушення сну і когнітивних функцій.[12]

Дофамін і серотонін: серотонін модулює активність дофаміну у різних частинах мозку, включаючи мезолімбічний шлях. Дисбаланс між цими системами може призводити до зниження мотивації та анедонії при депресії, а також до підвищеної тривожності та obsесивних думок.[12]

Терапевтичні підходи на основі корекції нейромедіаторної дисфункції

Багато фармакологічних підходів до лікування невротичних розладів базуються на відновленні нейромедіаторного балансу:

- Інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІЗЗС): препарати, такі як флуоксетин, сертралін, використовуються для підвищення рівня серотоніну в синапсах, що допомагає знижувати тривогу, покращувати настрій і зменшувати депресивні симптоми.[40]
- Інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (CІЗЗС/ІЗЗН): такі препарати, як венлафаксин, впливають на обидві системи, що дає змогу ефективніше контролювати тривогу та депресію.[29]
- Бензодіазепіни: діють через посилення активності ГАМК, знижуючи надмірне збудження нервової системи та покращуючи здатність до розслаблення, що важливо для короткострокового лікування тривожних станів.[40]
- Нові підходи (глутаматна система): використання таких препаратів, як кетамін, що блокують глутаматні рецептори NMDA, показує швидкодіючий антидепресивний ефект і відкриває нові горизонти у лікуванні резистентних форм депресії.[40]

Нейромедіаторні системи при невротичних розладах функціонують у постійному дисбалансі, що проявляється у вигляді симптомів тривоги, депресії, порушення когнітивних функцій і поведінкових реакцій. Знання про роль серотоніну, норадреналіну, дофаміну, ГАМК та глутамату в патофізіології невротичних розладів є важливими для розуміння механізмів цих розладів та їх ефективного лікування.[40]

Когнітивні порушення є поширеними серед пацієнтів з невротичними розладами, такими як тривога, депресія та інші. Ці порушення охоплюють різні аспекти когнітивного функціонування, включаючи увагу, пам'ять, виконавчі функції (планування, прийняття рішень) та здатність до концентрації. Ось основні когнітивні проблеми, які спостерігаються у пацієнтів із невротичними розладами:

1. Порушення уваги

Зниження концентрації: Пацієнти з хронічною тривогою або депресією часто мають труднощі з підтриманням уваги на певних завданнях. Вони можуть легко відволікатися на другорядні подразники, що ускладнює виконання щоденних завдань. Це пояснюється гіперактивністю мигдалеподібного тіла та порушенням функцій префронтальної кори, яка відповідає за регуляцію уваги.[53]

Надмірне обмірковування і тривожні думки: Люди з тривожними розладами схильні до постійних думок про можливі небезпеки або проблеми, що заважає їм зосереджуватися на поточних завданнях. Це явище називається румінацією — повторюваними нав'язливими думками, що відволікають від продуктивної діяльності.[53]

2. Порушення пам'яті

- Зниження короткочасної та робочої пам'яті: У пацієнтів з хронічною тривогою і депресією часто спостерігається погіршення короткочасної та робочої

пам'яті. Вони можуть відчувати труднощі з утриманням інформації, необхідної для виконання поточних завдань, наприклад, збереження інструкцій або цифр у пам'яті протягом короткого часу. Це може бути пов'язано з дисфункцією префронтальної кори, яка відповідає за робочу пам'ять.[46]

- Проблеми з довготривалою пам'яттю: Хронічний стрес і високий рівень тривожності призводять до негативного впливу на гіпокамп, який відіграє ключову роль у формуванні та збереженні довготривалої пам'яті. Це може викликати труднощі з пригадуванням минулих подій або навченої інформації.[46]

- Проблеми з відтворенням нової інформації: Люди з депресією та тривогою часто скаржаться на труднощі в запам'ятовуванні нової інформації. Вони можуть мати відчуття, що швидко забувають те, що нещодавно прочитали або почули.[46]

3. Порушення виконавчих функцій

- Труднощі з плануванням і прийняттям рішень: Виконавчі функції, які включають здатність до планування, прийняття рішень та організацію дій, зазвичай порушені при невротичних розладах. Пацієнти можуть виявляти труднощі з постановкою цілей, виконанням складних завдань і адаптацією до змінних обставин. Це пояснюється порушенням зв'язків між префронтальною корою, яка відповідає за ці функції, та іншими структурами мозку.[38]

- Знижена когнітивна гнучкість: Люди з тривогою або депресією можуть мати труднощі з переходом від однієї думки або завдання до іншого. Вони стають надмірно зосередженими на одній проблемі, що ускладнює пошук альтернативних рішень або адаптацію до нових обставин.[38]

- Проблеми з контролем імпульсів і емоцій: Дефіцит виконавчих функцій може проявлятися у вигляді труднощів з контролем своїх емоцій і поведінкових імпульсів. Це може призводити до імпульсивних рішень, які не

враховують довгострокових наслідків, або надмірної емоційної реакції на стресові ситуації.[38]

4. Порушення когнітивної швидкості

Зниження швидкості обробки інформації: Люди з депресією або хронічною тривогою часто відзначають, що їхня здатність швидко обробляти інформацію погіршується. Вони потребують більше часу для виконання завдань, які раніше здавалися легкими або швидкими. Це може впливати на загальну продуктивність і здатність виконувати роботу на час.[35]

5. Проблеми з когнітивною контролем та інгібуванням

Порушення когнітивного контролю: Люди з тривожними розладами можуть відчувати труднощі з фільтруванням зайвої інформації та приділенням уваги лише важливим стимулам. Наприклад, вони можуть бути надмірно чутливими до негативних чи тривожних подразників, що заважає зосередитися на важливих завданнях.[35]

Труднощі з інгібуванням негативних думок: У пацієнтів із тривогою або депресією є труднощі з інгібуванням негативних думок або емоцій, що призводить до надмірного занурення у негативні рефлексії. Це не тільки посилює емоційний стан, але й знижує ефективність виконання когнітивних завдань.[35]

6. Когнітивна втома

Виснаженість під час виконання завдань: Пацієнти з хронічними невротичними розладами часто скаржаться на когнітивну втому. Їм важко підтримувати розумову активність протягом тривалого часу, що призводить до швидкого виснаження. Це особливо проявляється під час складних когнітивних завдань, які вимагають концентрації та планування.[61]

Вплив хронічної тривоги та депресії на когнітивні функції

Хронічний стрес: Підвищений рівень кортизолу через хронічну тривогу негативно впливає на функціонування мозку, зокрема на гіпокамп і префронтальну кору. Ці структурні зміни можуть призводити до тривалих когнітивних порушень.[61]

Негативний ефект на навчання та адаптацію: Люди з депресією та тривогою часто мають труднощі з навчанням новим навичкам або адаптацією до нових ситуацій. Це може бути результатом як когнітивних порушень, так і загальної втрати мотивації та емоційної енергії.[5]

Загалом, когнітивні порушення при невротичних розладах є складним і багатогранним явищем, яке включає порушення уваги, пам'яті, виконавчих функцій та когнітивної швидкості. Вони значно погіршують якість життя пацієнтів і можуть потребувати як психотерапевтичного, так і фармакологічного втручання для відновлення когнітивних функцій та поліпшення загального стану пацієнта.[5]

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Дослідження нейропсихологічних особливостей невротичних розладів є важливим напрямом сучасної клінічної психології, оскільки такі розлади значно впливають на когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти життя людини. В умовах постійного стресу, соціальних та економічних змін кількість людей, які страждають на різні форми невротичних розладів, стрімко зростає. Це створює потребу не лише в ефективній діагностиці та терапії, а й у глибокому розумінні нейропсихологічних механізмів, які лежать в основі цих порушень.

На основі аналізу сучасних досліджень у цьому розділі визначено, що основні нейропсихологічні аспекти невротичних розладів зумовлені як біологічними, так і психологічними факторами. Серед основних нейрофізіологічних змін виділяють порушення роботи лімбічної системи,

зокрема гіперактивність мигдалеподібного тіла, що відповідає за емоційні реакції, а також функціональні зміни у префронтальній корі, яка регулює когнітивний контроль і увагу. Такі порушення спричиняють зниження здатності контролювати емоції, підтримувати увагу та регулювати тривогу.

Крім того, хронічний стрес та підвищені рівні кортизолу негативно впливають на гіпокамп, що призводить до когнітивних порушень, зокрема проблем з пам'яттю та навчанням. Спостерігається дисбаланс у нейромедіаторних системах – зокрема, у серотоніновій, норадреналіновій, дофаміновій та ГАМК-ергічній системах – що пов'язано з тривожними і депресивними симптомами, властивими невротичним розладам. Дефіцит серотоніну, наприклад, призводить до зниження настрою та виникнення депресивних симптомів, тоді як надлишок норадреналіну обумовлює підвищену тривожність і гіперактивність.

Розуміння нейропсихологічних особливостей невротичних розладів дозволяє застосовувати більш точні діагностичні підходи, такі як використання психометричних тестів для оцінки когнітивних функцій і нейровізуалізаційних методів для виявлення структурних та функціональних змін у мозку. Це відкриває можливості для індивідуалізованої терапії, спрямованої на корекцію виявлених нейропсихологічних дефіцитів. Наприклад, у лікуванні таких пацієнтів ефективним є поєднання психотерапевтичних підходів (когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічної терапії) з фармакологічною підтримкою, орієнтованою на нормалізацію нейромедіаторного балансу.

Загалом, нейропсихологічний підхід до вивчення невротичних розладів допомагає глибше зрозуміти природу цих порушень, їхні впливи на різні аспекти функціонування мозку і сприяє розробці ефективніших, комплексних методів лікування, що, зрештою, сприяє підвищенню якості життя пацієнтів.

РОЗДІЛ II. ОБГРУНТУВАННЯ УМОВ ТА МЕТОДИК ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОТИЧНИХ

Емпіричне дослідження нейропсихологічних особливостей осіб з невротичними розладами проводилось у травні-червні 2024 року на базі Київського обласного центру ментального здоров'я.

Робота із учасниками проводилась на стаціонарі невротичного відділення №6 центру ментального здоров'я. Дослідження було запропоновано 7 жінкам і 5 чоловікам, але згоду на подальший аналіз та тестування надали лише 4 особи – 2 жінки і 2 чоловіка. Проведення дослідження було забезпечено в тихому та зручному приміщенні. Для мінімізації впливу втоми тестування проводилось в першій половині дня. Всі досліджувані брали участь в опитуваннях добровільно.

Методика Рея-Остріца: Використовується для оцінки зорово-просторової пам'яті, уваги, планування та здатності до організації. Це дозволяє виявити специфічні когнітивні особливості осіб із невротичними розладами, зокрема труднощі з концентрацією та організацією, що часто супроводжують такі розлади.

Госпітальна Шкала тривоги та депресії(HADS): Це короткий опитувальник для самостійного заповнення, який вимірює рівні тривоги та депресії. Він дозволяє оцінити емоційний стан, що є важливим для дослідження особливостей невротичних розладів.

Загальна характеристика методики Рея-Остеріца (Комплексна фігура Рея)

Методика Рея-Остеріца, також відома як Комплексна фігура Рея або ROCF, є одним із найпоширеніших нейропсихологічних тестів для оцінки зорово-просторових здібностей, пам'яті та виконавчих функцій. Вона була розроблена швейцарським психологом Андре Реєм у 1941 році та пізніше доповнена

бельгійським психологом Паулем Остеріцем у 1944 році. Методика Рея-Остеріца є цінним інструментом для комплексної оцінки когнітивних функцій. Її використання дозволяє виявити тонкі порушення пам'яті, уваги та виконавчих функцій, що є особливо важливим при дослідженні нейропсихологічних особливостей невротичних розладів. Тест ROCF використовується для оцінки зорово-просторових здібностей і невербальної пам'яті. Його завдання включають копіювання складної фігури та подальше її відтворення з пам'яті, що дозволяє оцінити когнітивні функції, зокрема увагу, концентрацію, моторну координацію, планування, просторову орієнтацію. Правильне застосування та інтерпретація результатів сприяють ефективній діагностиці та розробці індивідуальних програм терапії.

ROCF застосовується при різних нейропсихіатричних розладах, включаючи деменцію, травми мозку, шизофренію, розлади харчової поведінки та синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Тест допомагає визначити функціональне зниження в цих когнітивних доменах. Для уникнення “ефекту навчання” були розроблені декілька еквівалентних та спрощених версій тесту. Вони застосовуються залежно від віку та рівня освіти пацієнтів. Використання тесту з однаковою фігурою при повторному тестуванні може призвести до «ефекту навчання», коли пацієнти запам'ятовують послідовність і елементи малюнка, що спотворює результати. Розроблено різні версії з альтернативними фігурами для уникнення цього ефекту, а також спрощені версії, які використовуються для оцінки пацієнтів із порушеннями пам'яті або зниженими когнітивними здібностями. Наприклад, спрощені версії більше підходять для пацієнтів похилого віку.

Методику Рея-Остріца ми обираємо для дослідження через її унікальну здатність комплексно оцінювати декілька важливих когнітивних функцій одночасно. Вона дозволяє отримати багатовимірний портрет когнітивних здібностей людини, зокрема таких як:

1. Зорово-просторова здатність – важлива для оцінки сприйняття простору і розуміння взаєморозташування об'єктів, що є ключовим у діагностиці невротичних і тривожних розладів. Невротичні розлади часто супроводжуються порушеннями в короткочасній та робочій пам'яті, особливо через високий рівень тривожності, що впливає на здатність концентруватися та обробляти інформацію. ROCF дозволяє оцінити ці здібності за допомогою завдання на копіювання та подальше відтворення фігури.

2. Пам'ять – методика включає тест на відкладене відтворення, що дозволяє досліджувати як короткочасну, так і довготривалу пам'ять.

3. Організаційні навички та планування – тест вимагає від учасника зберігати логіку і структуру в копіюванні складної фігури, що дозволяє визначити здатність до стратегічного мислення, важливого для оцінки виконавчих функцій. Особливості послідовності виконання малюнка та організаційної стратегії дозволяють оцінити здатність до планування, структурування та організації.

4. Виявлення прихованих дефіцитів – тест допомагає виявити навіть легкі когнітивні порушення, які не завжди видно при звичайному огляді, що робить його корисним у нейропсихологічних дослідженнях, де розлади можуть мати слабо виражені або «змащені» симптоми. ROCF допомагає виявити мікропорушення когнітивного контролю, такі як персеверації (нав'язливе повторення) або порушення у відтворенні складної фігури, які можуть бути ознаками тривоги, перевтоми або когнітивного дисбалансу, характерного для невротичних станів.

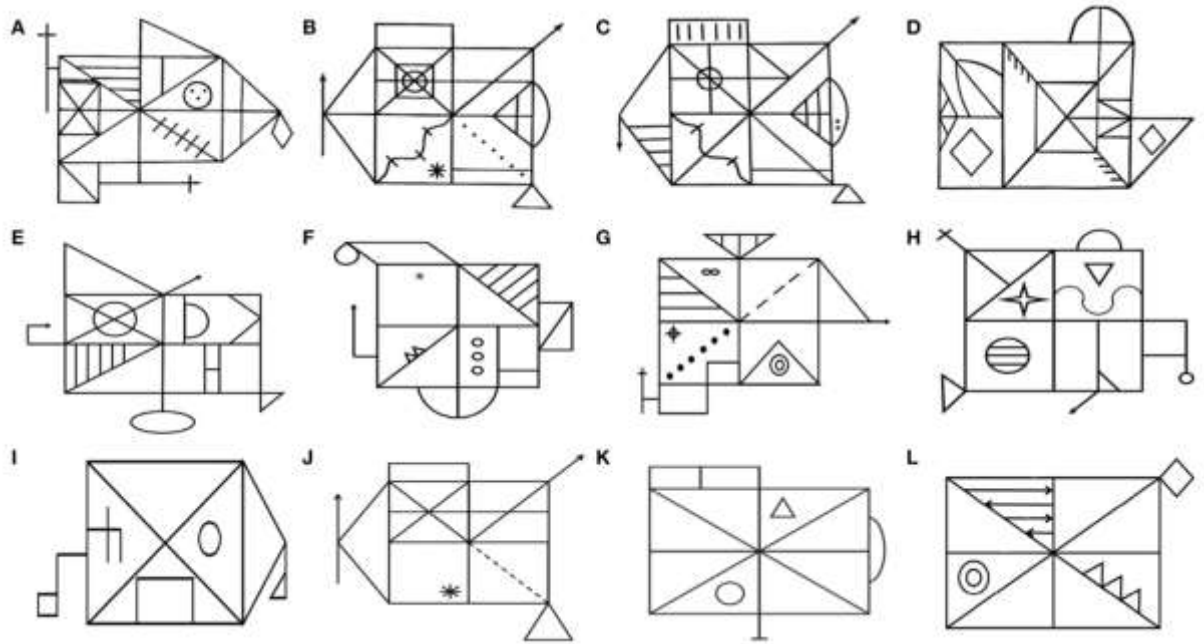


Рис. 2.1.1. Версії фігури для тесту Rey-Osterrieth Complex Figure (ROCF), які було створено для різних досліджень і клінічних цілей.

Основні варіації: Класична фігура ROCF (A) – розроблена в 1941 році. Використовується як стандарт для оцінки зорово-просторових здібностей. Фігура Тейлора (B) – створена в 1969 році як тест пам'яті для післяопераційної оцінки. Її особливість – легкість запам'ятовування та організації. Модифікована фігура Тейлора (C) – більш складна версія фігури Тейлора, зі зміненим розташуванням і доданими деталями, щоб збільшити складність і відповідати рівню ROCF. Фігура Марка (D) – ще один еквівалентний варіант для клінічного використання. Фігури Медичного коледжу Джорджії (E–H) – кілька версій, які були розроблені для того, щоб досягти подібних результатів з оригінальною ROCF, і можуть використовуватися взаємозамінно. Спрощені версії для певних груп: Фігура Бенсона (I) – менш залежна від виконавчих функцій, розроблена для оцінки візуально-просторових здібностей у людей із деменцією. Спрощена фігура Тейлора (J) – адаптована для літніх людей із низьким рівнем освіти. Фігура для цифрового тестування (L) – розроблена для застосування у цифрових інструментах для оцінювання. Ці варіації дозволяють уникнути ефекту навчання

та забезпечити надійність оцінки для різних когорт, таких як літні люди або пацієнти з різними рівнями когнітивних порушень

Проведення методики складається з трьох основних етапів:

1. Копіювання фігури: Учаснику пропонується скопіювати складну геометричну фігуру, спостерігаючи за нею.
2. Негайне відтворення з пам'яті: Після копіювання фігура забирається, і учасник має відтворити її з пам'яті.
3. Відстрочене відтворення з пам'яті: Через 20-30 хвилин учасник знову проситься відтворити фігуру без попереднього нагадування.

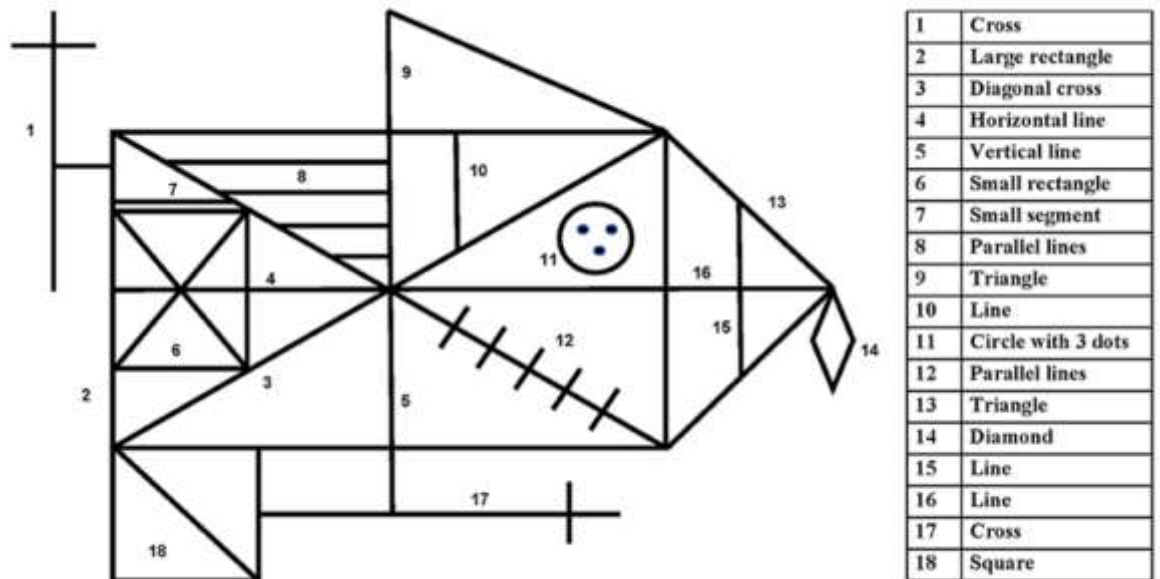


Рис. 2.1.2. фігура типу А

Кількісний аналіз

Система оцінювання Остеріца: Фігура розбита на 18 елементів. Кожен елемент оцінюється за шкалою від 0 до 2 балів:

2 бали — правильно зображений і розташований елемент.

1 бал — елемент зображений правильно, але неправильно розташований.

0.5 бала — елемент має значні спотворення, але впізнаваний.

0 балів — елемент відсутній або невпізнаваний.

Максимальний можливий бал: 36 (копіювання) і 36 (відтворення з пам'яті).

Нормативи

Результати порівнюються з нормативними даними для відповідної вікової групи. Нижче наведені загальні рекомендації для інтерпретації:

Копіювання:

30–36 балів: Норма, високий рівень візуально-просторових здібностей.

20–29 балів: Легкі порушення. Може бути варіантом норми для людей з низьким рівнем освіти або стресовим станом.

Менше 20 балів: Значні порушення візуально-просторових функцій, можливо, пов'язані з неврологічними чи когнітивними дефіцитами.

Відтворення з пам'яті:

28–36 балів: Добра пам'ять і здатність до збереження візуальної інформації.

15–27 балів: Можливі проблеми з пам'яттю або порушення виконавчих функцій.

Менше 15 балів: Значні дефіцити пам'яті або когнітивні порушення (наприклад, при деменції чи ураженні лобних ділянок мозку).

Порівняння результатів копіювання і відтворення

Аналіз різниці між двома етапами дозволяє визначити характер порушень:

Велика різниця в балах (копіювання > відтворення): Проблеми з пам'яттю або збереженням інформації.

Низькі бали на обох етапах: Можуть свідчити про візуально-просторові порушення або загальний когнітивний дефіцит.

Подібний рівень помилок в обох тестах: Може вказувати на труднощі в організації або плануванні діяльності.

Якісний аналіз

Стратегія виконання: глобальний підхід: спочатку малюються загальні контури фігури; детальний підхід: спочатку малюються дрібні деталі.

Помилки та спотворення: омітання (пропуск елементів), персеверації (повторення елементів), спотворення (зміна форми або розміру елементів).

Вікові норми

Норми для різних вікових груп:

Діти: Рівень балів поступово зростає з віком, відображаючи розвиток візуально-просторових і когнітивних навичок.

Дорослі: У здорових дорослих зазвичай спостерігається високий рівень копіювання та відтворення.

Старші люди: У віці понад 60 років можуть спостерігатися природні вікові зниження, але різке погіршення може вказувати на нейродегенеративні процеси.

Загальний аналіз копіювання фігури (етап 1)

Стратегія виконання завдання: Глобальна (структурна) стратегія: Обстежуваний починає з центрального елемента і послідовно додає деталі. Це свідчить про систематичний підхід і добре організоване сприйняття.

Локальна (фрагментарна) стратегія: Обстежуваний починає з окремих деталей без виділення центрального елемента. Може свідчити про труднощі в інтеграції частин в цілісний образ або про недостатню увагу до структури.

Точність копіювання: Чи є пропорційне відтворення фігури? Наприклад, розміри окремих елементів можуть бути збільшеними, зменшеними або спотвореними, що свідчить про порушення зорово-просторової координації. Чи відтворені всі елементи фігури? Пропуск окремих деталей може вказувати на труднощі уваги чи запам'ятовування.

Таблиця 2.1 Використання різних конфігурацій ROCF з посиланнями на джерела по окремому опису кожної

Метод оцінювання	Параметри	Особливості	Джерела
Метод Остерьста	Точність, розміщення	Розділення ROCF на 18 одиниць (Див. Рисунок 2), простий і суб'єктивний підхід. Максимальна оцінка – 36 балів: 2 бали за точну фігуру на правильному місці, 1 бал – неточне розміщення або форма, 0,5 бала – неточна, але впізнавана фігура, 0 – за відсутню або нерозпізнавану фігуру.	[36]
Метод Тейлора	Точність, розміщення	Базується на методі Остерьста з деталізованими правилами для точності та розміщення кожного елемента.	[24]
Метод Мейєрса	Точність, розміщення	Оцінює точність і розміщення кожного елемента з чітким визначенням помилок, додає тест на впізнавання (24 шаблони). Простий і об'єктивний підхід.	[47, 22]
Метод Беннет-Леві	Послідовність, симетрія, стратегія	Оцінює важливі точки послідовності та симетричну побудову елементів. Симетрія може вказувати на дисфункцію виконавчих функцій.	[27]
Розвивальна система оцінювання	Організація, точність, помилки, стиль (орієнтований на частини, проміжний, конфігураційний)	Підходить для дітей, дозволяє визначити рівень розвитку зорової організації та стилю.	[44]
Метод Денмана	Точність побудови (кут ліній, довжина, кількість, місце розташування секторів)	Високі бали вказують на здатність відтворити зорові деталі, не враховуючи організацію елементів.	[26]
Метод Севіджа	Точність побудови та стратегія організації	Кількісний і описовий аналіз організаційної послідовності. Додає оцінку організаційної здатності, дає інформацію про ранню послідовність організації.	[56]
Бостонська система якісного оцінювання	Наявність, точність, розміщення, фрагментація, планування, акуратність, викривлення розміру, обертання, персеверація, конфабуляція, асиметрія	Комплексний метод оцінювання для дорослих, використовується для оцінки виконавчих функцій. П'ять змінних (фрагментація, планування, організація, акуратність, персеверація) дозволяють виміряти виконавчі функції.	[49]
Метод Бута	Індекс порядку, стиль та індекс центральної послідовності (CCI)	Оцінює центральну послідовність для розладів харчової поведінки.	[52, 63]
Метод Q-Score	Оцінка одиниці, оцінка порядку, Q-Score	Оцінює центральну послідовність для розладів харчової поведінки.	[48, 23]

Аналіз помилок:

Деформації: Елементи викривлені або непропорційні.

Спрощення: Складні елементи замінені простими формами (наприклад, коло замість овалу).

Непослідовність: Лінії чи елементи не з'єднані між собою.

Локалізація помилок: якщо помилки виникають переважно у правій чи лівій частині малюнка, це може свідчити про порушення функціонування відповідної півкулі мозку.

2. Відтворення фігури з пам'яті (етап 2)

Обсяг запам'ятованого матеріалу: Скільки елементів фігури обстежуваний зміг відтворити? Зниження кількості деталей може свідчити про порушення оперативної або довготривалої пам'яті.

Якість відтворення: Чи правильно відтворені елементи фігури? Спотворення може свідчити про зниження функцій сприйняття та пам'яті. Чи присутні нові, неіснуючі елементи? Додавання деталей може бути ознакою імпульсивності або когнітивного “шуму”.

Стратегія відтворення: Чи обстежуваний починає з того ж елемента, що і при копіюванні? Різниця в стратегії може вказувати на утруднення в організації сприйняття.

Збереження пропорцій: Чи збереглися пропорції елементів відносно оригіналу? Диспропорція може свідчити про зорово-просторові порушення.

Психоемоційні особливості: Чи є ознаки надмірної обережності? (слабкий натиск олівця, багаторазове виправлення ліній). Чи є ознаки імпульсивності? (швидке виконання, недбалі лінії).

Використання простору аркуша: Малюнок розташований посередині, зсунутий ліворуч/праворуч або до краю? Використання простору може свідчити про когнітивні або емоційні особливості.

Моторна організація: Рівність і плавність ліній. Тремтіння чи нестабільність може вказувати на порушення дрібної моторики.

4. Інтерпретація результатів

Когнітивні особливості: Знижений обсяг пам'яті: слабе відтворення кількості елементів фігури з пам'яті. Недостатнє планування: хаотичність стратегії копіювання або відтворення. Увага: пропуск деталей може бути ознакою проблем з концентрацією.

Нейропсихологічні аспекти: Порушення зорово-просторової координації: неправильне розташування або форма елементів. Порушення функцій лівої чи правої півкулі: характер помилок (наприклад, переважно в одній частині малюнка).

Емоційні аспекти: Надмірна акуратність і повільність: можлива тривожність. Імпульсивність у виконанні: можливий дефіцит контролю або гіперактивність.

Описання методики HADS

HADS є цінним інструментом для оцінки емоційного фону учасників, надаючи кількісні дані про рівень тривоги та депресії. Це дозволить створити повніший профіль нейропсихологічних особливостей та порівняти емоційні та когнітивні аспекти, що буде корисним для глибшого розуміння невротичних розладів та для розробки практичних рекомендацій. Невротичні розлади, особливо тривожні та депресивні, супроводжуються підвищеною емоційною напругою. HADS дозволяє швидко оцінити рівні тривоги та депресії, що є важливим для формування психотерапевтичного плану та визначення необхідності додаткової терапії.

Методика HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – це самозаповнювана шкала для оцінки рівня тривоги та депресії, розроблена для

використання у клінічних умовах. Вона дозволяє швидко й ефективно оцінити емоційний стан пацієнтів, що робить її корисною для вашого дослідження нейропсихологічних особливостей невротичних розладів. Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) була розроблена у 1983 році британськими психіатрами Енн Зігмонд (Ann S. Zigmond) та Річардом Снайтом (Richard P. Snaith) для швидкого і зручного виявлення рівнів тривоги та депресії у пацієнтів загальних і спеціалізованих лікарень. На той час існувала потреба у методиці, яка дозволяла б проводити скринінг емоційного стану пацієнтів без надмірного заглиблення у симптоматику серйозних психічних розладів, що були менш актуальними в умовах лікарень загального профілю. Зігмонд і Снайт створили HADS, щоб: розрізняти фізичні та психологічні симптоми: Багато пацієнтів у лікарнях страждали на психічні розлади, які проявлялися у фізичних симптомах, що ускладнювало їх діагностику. HADS зосереджена на психічних (афективних) симптомах, а не на соматичних (наприклад, втома чи біль), що дозволяє точніше оцінити емоційний стан; полегшити використання у клінічних умовах: шкала була створена для зручного та швидкого застосування лікарями в умовах лікарень, щоб забезпечити скринінг без потреби в поглиблених психодіагностичних інструментах.

HADS складається з 14 пунктів, розділених на дві підшкали: тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), що дозволяє чітко відрізнити тривожний компонент від депресивного, що є особливо цінним при невротичних розладах, де симптоми можуть накладатися або взаємопосилюватися. Шкала спеціально виключає питання про фізичні симптоми, такі як порушення сну, апетит і соматичний біль, щоб уникнути неправдивих оцінок, спричинених фізичним станом пацієнта, який може викликати фізичні скарги без психічного підґрунтя.

Пункти, розділені на дві підшкали:

1. HADS-A – оцінює рівень тривоги (7 пунктів).

2. HADS-D – оцінює рівень депресії (7 пунктів).

Кожен пункт стосується симптомів тривоги або депресії, що часто зустрічаються в клінічній практиці, таких як відчуття напруженості, страху, дратівливості, знижений інтерес до життя тощо. HADS швидко завоювала популярність у багатьох країнах і була адаптована для використання в різних мовах і культурних середовищах. Дослідження показали, що шкала HADS має високу чутливість і специфічність, що робить її корисною для діагностики як у медичних, так і в загальних дослідженнях емоційного стану.

Незважаючи на те, що спочатку HADS розроблялася для застосування в лікарняних умовах, згодом вона отримала широке поширення в психіатрії, психології, соціології та загальній медицині. Сьогодні HADS застосовується як у клінічних дослідженнях, так і в загальній практиці, оскільки дозволяє швидко оцінити емоційний стан і допомагає лікарям визначити, чи потребує пацієнт більш поглибленого обстеження. HADS є однією з найбільш вживаних шкал для оцінки тривоги і депресії у клінічних та наукових дослідженнях завдяки простоті використання, точності результатів та можливості адаптації для різних груп пацієнтів.

Процедура проведення методики

1. Інструктаж учасників: Перед початком заповнення HADS учасникам слід пояснити, що шкала допоможе оцінити їхній емоційний стан, і запевнити, що дані залишаться конфіденційними.

2. Самостійне заповнення: Учасники самостійно заповнюють анкету, оцінюючи кожен пункт за 4-бальною шкалою (від 0 до 3 балів), де 0 – відсутність симптомів, а 3 – сильний прояв симптомів.

3. Час заповнення: Зазвичай HADS займає приблизно 5-10 хвилин, оскільки питання зрозумілі і не вимагають тривалого обмірковування.

4. Підрахунок балів: За кожну підшкалу (HADS-A та HADS-D) підсумовуються бали для отримання загального результату:

- 0-7 балів – відсутність клінічно значимих симптомів.
- 8-10 балів – прикордонний рівень, який може вказувати на підвищену тривожність чи депресію.
- 11 балів і більше – клінічно значимий рівень, який свідчить про наявність тривожного або депресивного стану.

Інтерпретація результатів для дослідження нейропсихологічних особливостей невротичних розладів

У даному дослідженні результати шкали HADS можна використовувати як об'єктивний показник емоційного стану учасників з невротичними розладами, що дозволить визначити рівні тривоги та депресії серед учасників дослідження, які часто супроводжують невротичні розлади; порівняти когнітивні показники за методикою ROCF з результатами HADS, щоб виявити можливий взаємозв'язок між рівнями тривоги/депресії та когнітивними особливостями; категоризувати учасників: за рівнем тривоги чи депресії для подальшого аналізу їхніх когнітивних функцій залежно від емоційного стану.

Переваги використання HADS

Швидкість та легкість заповнення: HADS є короткою методикою, яку можна швидко заповнити навіть у випадках обмеженого часу.

Висока чутливість і специфічність для виявлення рівня тривоги та депресії.

Адаптивність: HADS підходить як для клінічного використання, так і для досліджень, що дозволяє використовувати її в різних умовах, зокрема для вивчення емоційного стану осіб із невротичними розладами.

Використання ROCF і HADS у комплексі дозволяє не лише оцінити когнітивні та емоційні аспекти окремо, а й дослідити взаємозв'язок між ними. Це надає більш повну картину психічного стану особи з невротичним розладом:

Поєднання когнітивного та емоційного компонентів: Результати ROCF можуть бути проаналізовані разом з оцінками тривоги та депресії за шкалою HADS, що допоможе зрозуміти, як емоційний стан впливає на когнітивні функції. Наприклад, високий рівень тривоги за HADS може корелювати з порушеннями в послідовності та точності малювання в ROCF.

Діагностична та прогностична цінність: Високий рівень тривоги або депресії, виявлений за HADS, у поєднанні з низькими результатами в ROCF, може свідчити про необхідність тривалішої терапії або глибокої психодіагностики.

Таким чином, обидві методики є ефективними для дослідження осіб із невротичними розладами, оскільки забезпечують комплексну оцінку когнітивних та емоційних характеристик, що дозволяє отримати цілісне уявлення про їхній психічний стан і специфічні потреби в терапії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

У цьому розділі були детально обґрунтовані умови та методики проведення емпіричного дослідження нейропсихологічних особливостей осіб із невротичними розладами. Дослідження проведено на базі Київського обласного

центру ментального здоров'я із залученням 4 клінічних випадків, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Усі учасники добровільно погодилися взяти участь у дослідженні.

Для оцінки когнітивних та емоційних особливостей були обрані дві методики:

1. **Методика Рея-Остріца (ROCF)** – основний інструмент для дослідження зорово-просторових здібностей, пам'яті, організаційних навичок і виконавчих функцій. Її перевага полягає у комплексній оцінці ключових когнітивних функцій, які можуть бути порушені в осіб із невротичними розладами.

2. **Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)** – додатковий інструмент, що забезпечує швидку та точну оцінку рівня тривоги та депресії, які часто супроводжують невротичні розлади.

Проведення дослідження було організовано таким чином, щоб мінімізувати сторонні подразники й забезпечити комфорт учасників. Тестування проводилося індивідуально в першій половині дня, що дозволило уникнути впливу втоми на результати.

Аналіз методик показав, що ROCF і HADS взаємодоповнюють одна одну, забезпечуючи всебічну оцінку когнітивних і емоційних аспектів осіб із невротичними розладами. Це дозволяє дослідити взаємозв'язок між когнітивними порушеннями та емоційним станом, що є важливим для розробки індивідуалізованих терапевтичних програм.

Таким чином, запропонований методологічний підхід забезпечує надійну та валідну оцінку нейропсихологічних особливостей осіб із невротичними розладами, сприяючи досягненню мети дослідження – розробки практичних рекомендацій для ефективної психологічної допомоги.

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ, ЇХ ОБҐРУНТУВАННЯ.

У межах дослідження було проведено аналіз та вивчення конкретних клінічних випадків, що стосуються осіб із діагнозами невротичних розладів. Зокрема, розглянуто наступні випадки: 1) жінка, 28 роки, з діагнозом генералізований тривожний розлад; 2) жінка 50 років, з діагнозом реактивна депресія; 3) чоловік 31 рік, з діагнозом тривожний розлад; 4) чоловік, 18 років, із діагнозом депресивний розлад. Всього на початковому етапі дослідження було залучено 12 осіб із невротичними розладами, проте лише 4 з них погодилися на подальше детальне дослідження. Саме їх клінічні випадки представлені в даному розділі для глибшого аналізу нейропсихологічних особливостей та можливих індивідуальних варіацій у симптоматиці та перебігу захворювання.

Клінічний випадок пацієнтки з тривожним розладом

Особисті дані:

Ім'я: М.

Вік: 28 років

Стать: Жінка

Сімейний стан: Незаміжня

Діти: Немає

Професія: Маркетолог у рекламній агенції

Скарги: постійне відчуття тривоги та напруження без явних причин; порушення сну: труднощі з засинанням, часті пробудження вночі; фізичні симптоми: прискорене серцебиття, пітливість, відчуття браку повітря; панічні атаки, які виникають переважно в громадських місцях; уникання соціальних ситуацій, страх перебувати на відкритих просторах; труднощі з концентрацією на роботі, зниження працездатності.

Історія теперішнього захворювання:

Початок симптомів: Приблизно 8 місяців тому після перенесеної автомобільної аварії, в якій вона була пасажиркою. Хоча фізичних травм не отримала, подія сильно вплинула на її психічний стан.

Розвиток захворювання: спочатку відчувала легкий дискомфорт під час поїздки автомобілем, поступово тривога поширилася на інші сфери життя, останні 3 місяці з'явилися панічні атаки.

Звернення за допомогою: Після нападу паніки в метро, коли довелося викликати швидку допомогу, вирішила звернутися до фахівців.

Анамнез життя: Народилася та виросла в повній сім'ї. Відносини з батьками добрі, підтримують зв'язок. Є старший брат, живе окремо, відносини дружні. Закінчила університет за спеціальністю "Маркетинг". Активно брала участь у студентських проектах. Працює маркетологом 5 років, задоволена професією. Останнім часом відчуває труднощі з виконанням робочих обов'язків через тривогу. Незаміжня, в стосунках не перебуває. Має декілька близьких друзів, але останнім часом уникає зустрічей.

Шкідливі звички: не курить. Алкоголь вживає помірно, останнім часом майже відмовилася.

Соматичні захворювання: Хронічних захворювань немає. Алергій та інших медичних проблем не відзначає.

Попередні психічні розлади: Раніше не зверталася до психологів чи психіатрів. В дитинстві була сором'язливою, але серйозних проблем не було.

Психоемоційний стан: Часто відчуває пригніченість та роздратування. Відзначає зниження інтересу до улюблених занять. Схильна до плачу без видимих причин. Відчуття безнадії та страх перед майбутнім. Уникає громадських місць та транспорту. Відмовляється від запрошень друзів, проводить багато часу вдома. Труднощі з концентрацією уваги. Відчуття

“туману” в голові. Труднощі з засинанням, нічні пробудження. Відчуває втому та сонливість протягом дня.

Травматична подія: Автомобільна аварія, яка стала початком розвитку симптомів.

Соціальні фактори: Відсутність близьких стосунків, підтримки партнера, зменшення соціальної активності.

Професійні фактори: Тиск на роботі, високі вимоги до себе. Страх не відповідати очікуванням керівництва.

Усвідомлення проблеми: Розуміє, що її стан потребує допомоги. Відчуває, що не може впоратися самотійно.

Мотивація до лікування: Хоче повернутися до нормального життя. Бажає знову радіти спілкуванню та роботі.

Особисті цілі: Подолати тривогу та панічні атаки. Відновити соціальну активність та спілкування з друзями. Підвищити ефективність на роботі. Досягти кар’єрного зростання.

Загальний стан: Фізично здорова, але відчуває виснаження.

Інші симптоми: Напруження м’язів, особливо в області шиї та спини, періодичні головні болі.

Поточне лікування: За рекомендацією психіатра почала приймати антидепресанти та анксиолітики. Пацієнтка страждає на генералізований тривожний розлад з панічними атаками, спровокований травматичною подією — автомобільною аварією. Відсутність належної соціальної підтримки та професійний стрес посилюють симптоми.

Виконання методики Рея-Остріца:

Етап 1: Копіювання фігури

Пацієнтка розмістила аркуш паперу вертикально. Лінії виконані чітко, з легким натиском. На лініях помітне легке штрихування, яке може вказувати на намагання досягти максимальної точності. Натиск не сильний, лінії рівні, без значного тремору.

Результати: 7 елемент пропущено.

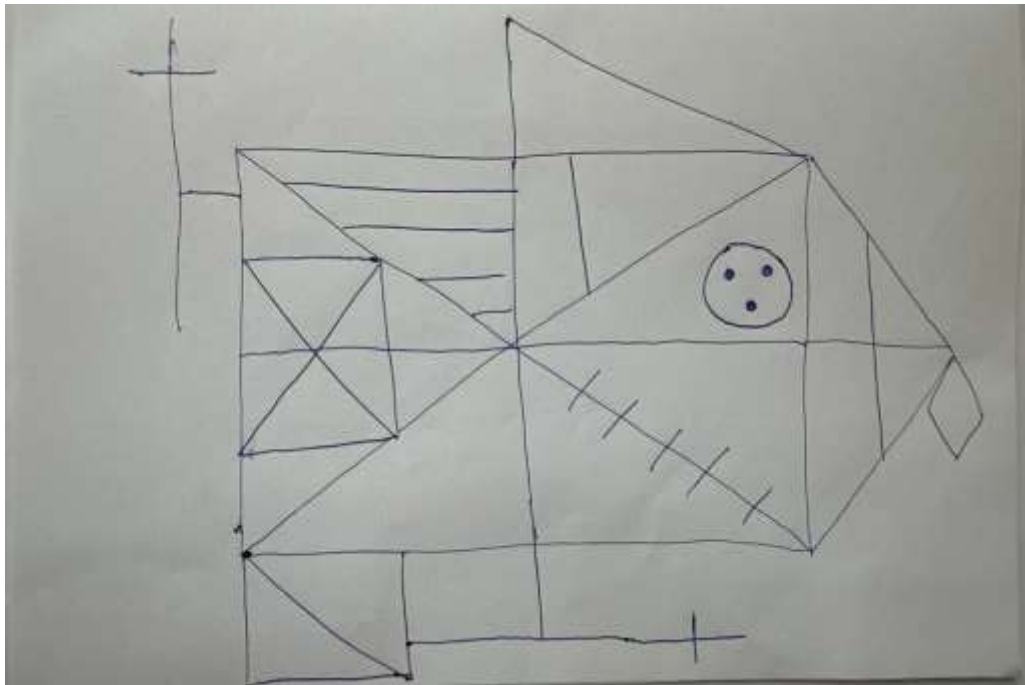


Рис. 3 Виконання пацієнтки з тривожним розладом 1 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 2: Відтворення з пам'яті (одразу після копіювання)

Результати: Пропущено 7 та 15 елементи, що може вказувати на труднощі з увагою або когнітивною організацією інформації. Видозмінено 1, 11 та 17 елементи — спостерігаються спрощення або незначні спотворення оригінальних форм.

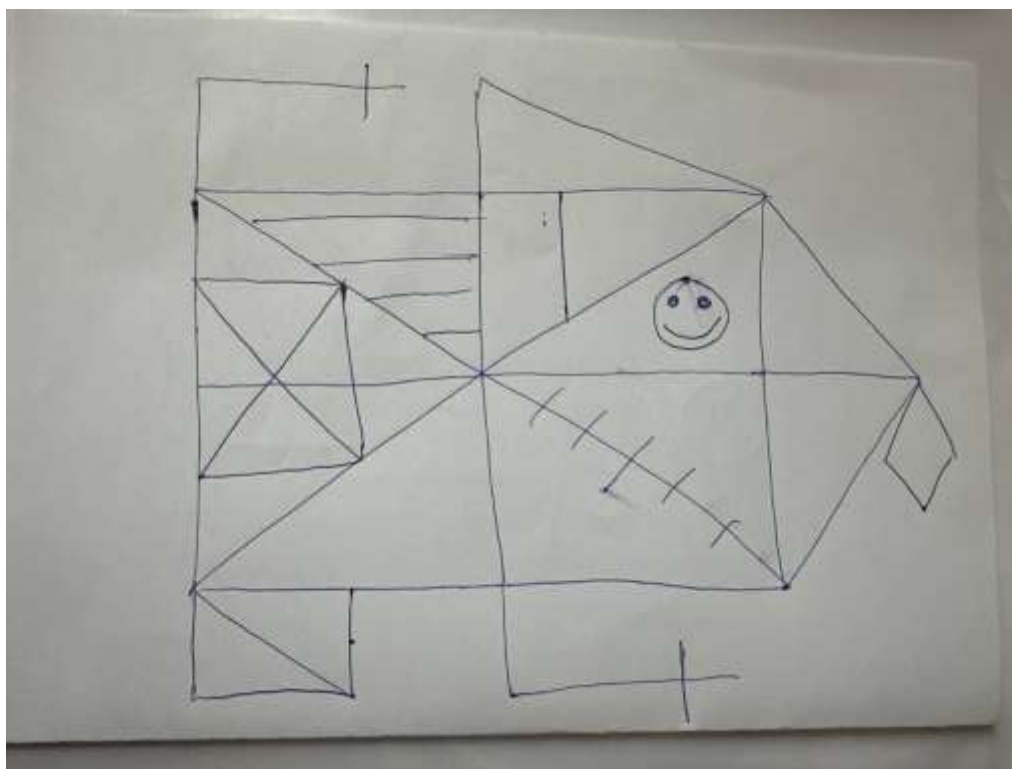


Рис. 4 Виконання пацієнтки з тривожним розладом 2 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 3: Відстрочене відтворення (через 20 хвилин)

Пацієнтка виконала завдання після перерви без підказок чи зорової опори.

Результати: Пропущено 7 елемент, що свідчить про недостатню фіксацію певної частини фігури в пам'яті. Видозмінено 1 та 17 елементи — форми спрощено, що може бути пов'язано із загальною втомою чи ослабленням концентрації.

Дані свідчать про те, що клієнтка має схильність до вибіркового запам'ятовування інформації та певні труднощі у відтворенні складних візуальних структур. Видозміни окремих елементів можуть свідчити про напруження або підвищений рівень тривожності, що впливає на когнітивні процеси. Пропуски елементів вказують на труднощі у збереженні цілісного уявлення про завдання в пам'яті. Ці результати можуть бути використані для

побудови подальшого терапевтичного плану, спрямованого на корекцію когнітивних функцій та зменшення рівня тривожності.

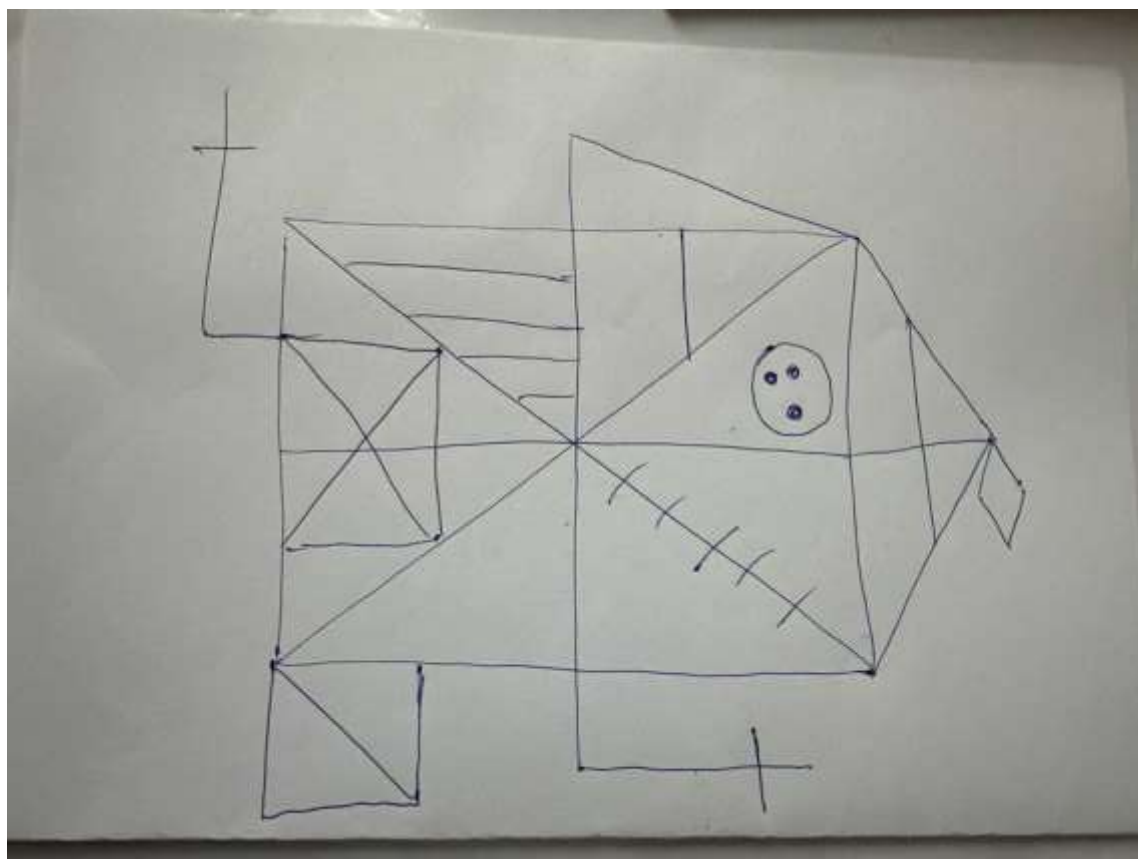


Рис. 5 Виконання пацієнтки з тривожним розладом 3 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Результати проведення методики Рея-Остріца пацієнтки з тривожним розладом: На етапі копіювання пацієнтка набрала 34 бали, що відповідає нормі. Результат свідчить про те, що пацієнтка має добре розвинені візуально-просторові здібності та здатність до організації зорової інформації. Це вказує на збережену функцію сприйняття та конструктивних навичок. Відсутність значущих помилок на цьому етапі підтверджує, що можливі труднощі, якщо вони є, пов'язані не зі сприйняттям чи виконавчими функціями, а скоріше з іншими когнітивними чи емоційними чинниками.

На етапі відтворення пацієнтка набрала 27,5 балів, оскільки мала 2 пропущених елементів і 3 видозмінених елементів. Пропущені та видозмінені елементи можуть вказувати на труднощі із збереженням інформації в короткочасній пам'яті або з увагою. 2 пропущених елементи: Можуть свідчити про проблеми з утриманням інформації в пам'яті або про виснажуваність через емоційний стан (наприклад, тривогу). 3 видозмінених елементи: Вказують на можливі труднощі з деталізацією та відтворенням точної форми або просторового розташування.

На етапі відстроченого відтворення пацієнтка набрала 31 бал.

Порівняння етапів 1 і 2: Різниця між копіюванням та відтворенням (6,5 бала) є помірною. Це не є патологічною зміною, але може свідчити про вплив емоційного стану пацієнтки (зокрема тривоги) на її когнітивну продуктивність, особливо щодо процесів пам'яті.

Інтерпретація результатів:

Пропущені елементи можуть свідчити про труднощі з увагою та виснажуваність. Видозмінені елементи можуть бути пов'язані з проблемами зосередження на деталях через тривожність. Емоційна напруженість може впливати на концентрацію, ефективність запам'ятовування та здатність до відтворення. Тривога часто асоціюється з труднощами у переключенні уваги та підвищеною виснажуваністю, що може пояснити знижені бали на етапі відтворення. Високий бал на етапі копіювання та помірне зниження на етапі відтворення свідчать, що структурні когнітивні здібності пацієнтки в нормі, але на процес запам'ятовування та відтворення можуть впливати емоційні фактори. Пацієнтка демонструє збережені когнітивні здібності, однак емоційний стан (тривожність) може впливати на здатність до утримання інформації та її відтворення.

Результати тестування за HADS у пацієнтки показали результат:

Рівень тривоги: 19 балів(клінічно виражена тривога)

Рівень депресії: 10 балів(субклінічно виражена депресія)

Результати тестування пацієнтки за методикою Рея-Остріца та шкалою HADS демонструють узгодженість між когнітивними показниками та емоційним станом, підтверджуючи вплив тривоги на когнітивні процеси.

Результати HADS підтверджують вплив емоційного стану на виконання завдань методики Рея-Остріца. Клінічна тривога може пояснити зниження результатів на етапі відтворення через труднощі концентрації та підвищену когнітивну виснажуваність. Субклінічний рівень депресії, хоч і менш виражений, додатково впливає на загальну продуктивність через можливе зниження енергії та когнітивної гнучкості. Результати методик Рея-Остріца та HADS дозволяють зробити висновок, що тривожний стан є основним чинником, який впливає як на емоційний, так і на когнітивний рівень пацієнтки. Погіршення показників на етапі відтворення корелює з підвищеним рівнем тривоги, підтверджуючи значний вплив емоційного стресу на пам'ять та увагу. Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до терапії, спрямованого на зниження тривоги, що може позитивно вплинути на когнітивні здібності.

Клінічний випадок пацієнтки з реактивною депресією

Особисті дані:

Ім'я: Н.

Вік: 50 років

Стать: Жінка

Сімейний стан: Розлучена

Діти: Один син (25 років, живе окремо)

Професія: Вчителька математики в середній школі (наразі на лікарняному)

Скарги: Пацієнтка звернулася зі скаргами на: постійне відчуття смутку та пригніченості протягом останніх 6 місяців. відсутність інтересу до раніше улюблених занять та хобі. порушення сну: безсоння або раннє пробудження з неможливістю знову заснути. втомлюваність та втрата енергії, навіть після відпочинку. зниження апетиту, що призвело до втрати ваги (~5 кг за 3 місяці).

почуття безнадії та негативні думки про майбутнє. труднощі з концентрацією та прийняттям рішень. думки про смерть, але без конкретних планів або намірів.

Історія теперішнього захворювання:

Початок симптомів: Близько 6 місяців тому після повернення до роботи після літніх канікул.

Розвиток захворювання: Спочатку відчувала легку апатію та втому. Симптоми поступово посилювалися, з'явилося відчуття безнадії. Останні 2 місяці не може виконувати робочі обов'язки, взяла лікарняний.

Анамнез життя: Народилася та виросла в повній сім'ї, батьки померли (батько 10 років тому, мати 5 років тому). Має сестру, з якою спілкується рідко.

Освіта: педагогічний університет за спеціальністю "Математика".

Кар'єра: Працює вчителькою математики протягом 28 років. Раніше була задоволена роботою, але останнім часом втрачає інтерес.

Особисте життя: Розлучена 20 років тому після операції на щитовидній залозі. Син підтримує зв'язок, але живе в іншому місті. Соціальні контакти обмежені, близьких друзів немає.

Шкідливі звички: Не курить. Алкоголь вживає рідко, не більше келиха вина на тиждень.

Соматичні захворювання: 20 років тому проведено тиреоїдектомію (видалення щитовидної залози) через новоутворення. Замісна гормональна терапія: приймає левотироксин 75 мкг щодня. Регулярно контролює рівень ТТГ; останній аналіз 6 місяців тому — в межах норми.

Попередні психічні розлади: Раніше не зверталася до психіатра чи психолога. В дитинстві та юності психічних розладів не відзначала.

Психоемоційний стан: Постійно пригнічений настрій, відчуває смуток більшу частину дня. Втрата задоволення від раніше улюблених занять (читання, садівництво). Почуття провини та власної нікчемності.

Поведінка: Уникає спілкування з колегами та знайомими. Більшість часу проводить вдома, часто лежить у ліжку без діла.

Когнітивні функції: Труднощі з концентрацією, забуває про щоденні справи. Важко приймати навіть прості рішення.

Сон: Проблеми із засинанням, часто прокидається серед ночі.

Апетит та вага: Зниження апетиту, втрата ваги.

Суїцидальні думки: Відзначає думки про смерть, але заперечує будь-які плани.

Фактори, що впливають на стан:

Фізичне здоров'я: Відсутність щитовидної залози, потреба в постійній гормональній терапії. Можливі гормональні коливання, що впливають на настрій.

Соціальні фактори: Самотність, відсутність близьких стосунків. Обмежене спілкування з родиною.

Професійні фактори: Зміни в освітній системі, додаткове навантаження. Відчуття вигорання на роботі.

Усвідомлення проблеми: Розуміє, що її стан ненормальний, але вважає, що це наслідок віку чи гормонів.

Мотивація до лікування: Син наполіг на зверненні до лікаря. Сама пацієнтка не впевнена в ефективності лікування, але погодилася спробувати.

Особисті цілі: Хоче знову відчувати радість від життя. Бажає повернутися до роботи та улюблених занять.

Сімейні цілі: Прагне покращити стосунки з сином, частіше бачитися.

Соматичний стан: Виглядає втомленою, бліда шкіра, сухість шкіри.

Ендокринна система: Відсутність щитовидної залози, приймає замісну терапію. Можливі симптоми гіпотиреозу при недостатній дозі гормонів.

Інші симптоми: Ламкість нігтів, випадіння волосся. Відчуття холоду, навіть при нормальній температурі.

Поточне лікування:

Ендокринолог: Останній візит півроку тому, рекомендації продовжувати поточну дозу левотироксину.

Психотерапія: Раніше не проходила, зараз направлена до психіатра.

Пацієнтка страждає на депресивний розлад середнього ступеня тяжкості. В анамнезі тиреоїдектомія 20 років тому через новоутворення. Можливий вплив гормональних порушень на психічний стан.

Етап 1: Копіювання фігури

Пацієнтка взяла аркуш вертикально, що є типовим для структурованого підходу до виконання завдань. Копіювання фігури виконано без помилок: чіткі лінії, легкий натиск, відсутність спотворень свідчать про добре збережену зорово-моторну координацію та увагу на першому етапі.

Максимальний можливий результат свідчить про збереження візуально-просторових здібностей, уважності та здатності до аналізу деталей у момент виконання завдання. Збережена зорово-моторна координація та чітке дотримання інструкцій. Високий рівень уваги та здатність зосереджуватися на завданні. Адекватна організація роботи: усі елементи були виконані у правильній послідовності та з потрібною точністю.

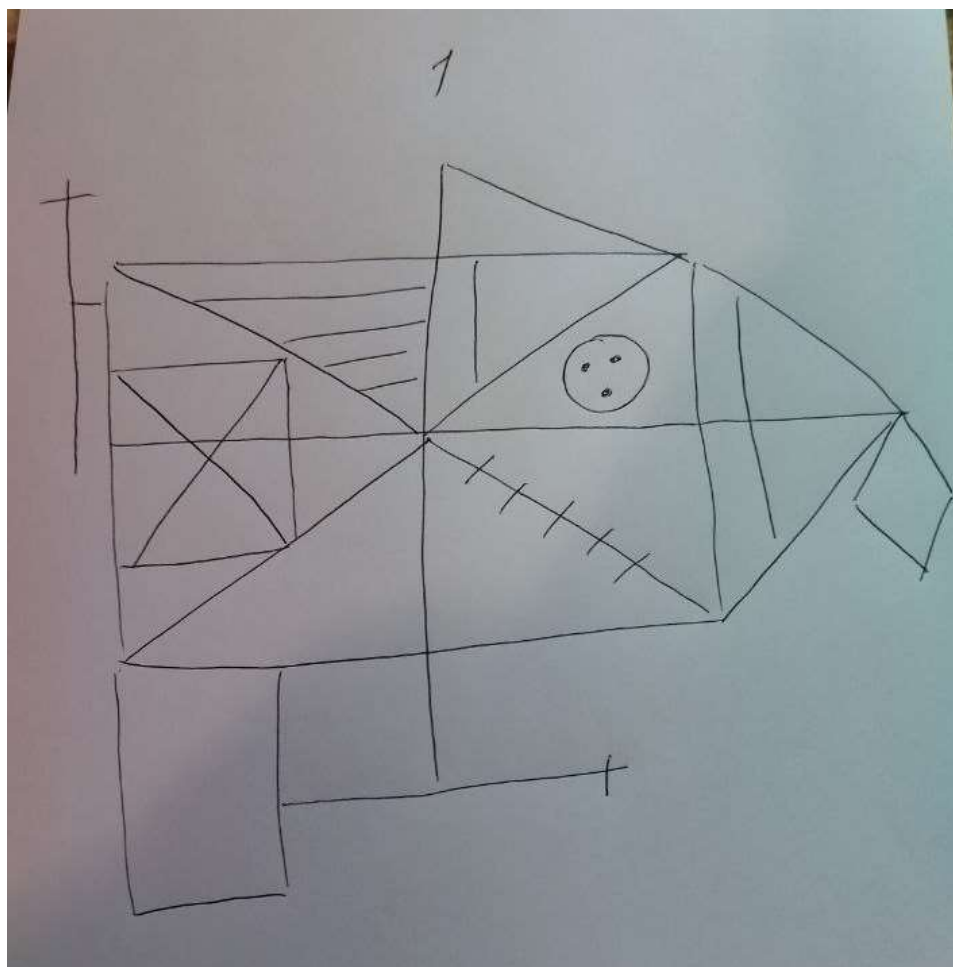


Рис. 6 Виконання пацієнтки з депресією 1 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 2: Відтворення з пам'яті (одразу після копіювання)

Різке зниження результатів до 18 балів на другому етапі відображає значні труднощі із запам'ятовуванням та утриманням зорової інформації. Клієнтка продемонструвала значні труднощі із запам'ятовуванням та збереженням інформації: Пропущено 1, 7, 9, 10, 13, 17, 18 елементи. Переміщено 12 елемент. Видозмінено 15 і 16 елементи. Загальна структура фігури була частково втрачена, що свідчить про труднощі з інтеграцією та організацією інформації в пам'яті і можливий вплив когнітивної втоми.

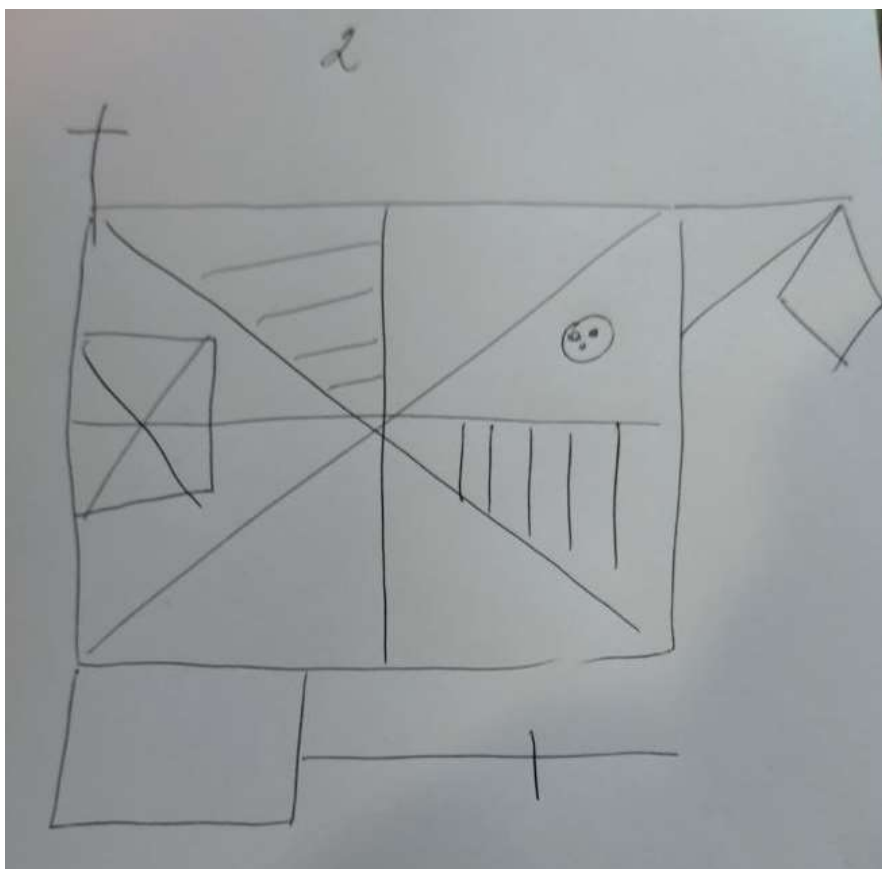


Рис. 7 Виконання пацієнтки з депресією 2 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 3: Відстрочене відтворення (через 20 хвилин)

Порівняно з другим етапом, рівень запам'ятовування не покращився, що вказує на труднощі із довготривалим збереженням образів: Пропущено 7, 9, 10, 15, 16 елементи. Видозмінено 1, 13, 17, 18 елементи. Переміщено 12 і 14 елементи. Суттєве зниження балів на етапах відтворення свідчить про труднощі із запам'ятовуванням деталей

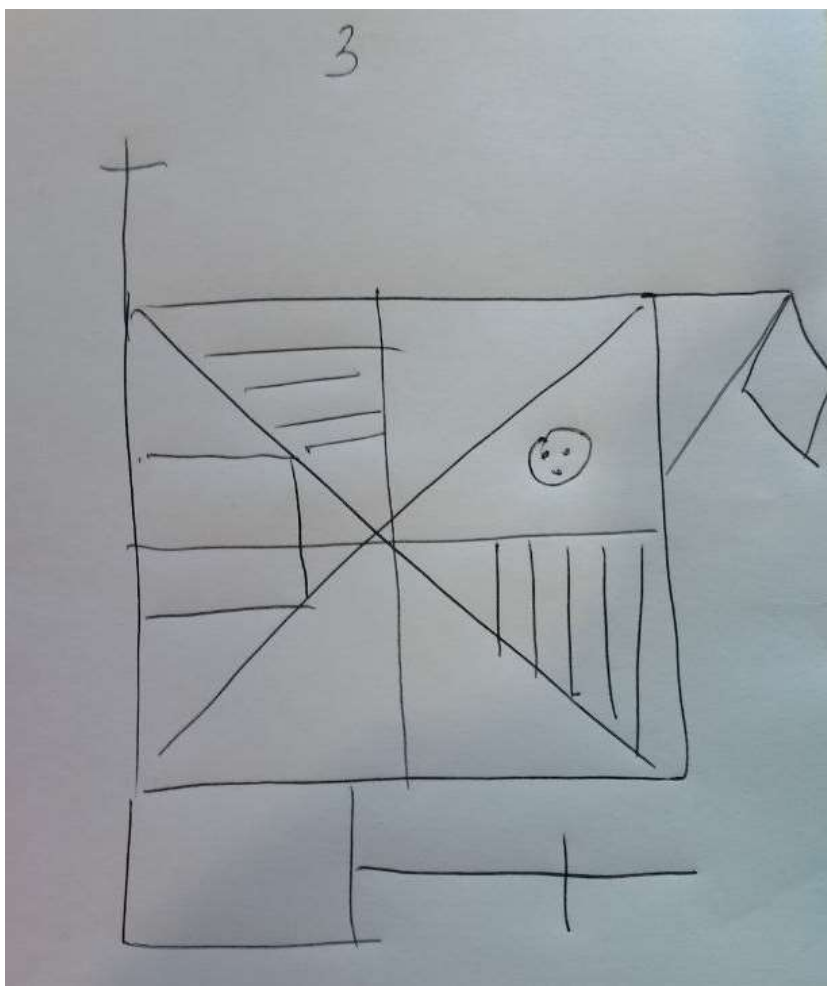


Рис. 8 Виконання пацієнтки з депресією 3 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Результати проведення методики Рея-Остріца пацієнтки з депресивним розладом: На етапі копіювання пацієнтка набрала 36 балів, що є максимальним можливим результатом і вказує на високий рівень візуально-просторових здібностей, здатність до організації зорової інформації та збережену функцію сприйняття і конструктивних навичок. Відсутність значущих помилок на цьому етапі підтверджує, що когнітивні труднощі, якщо вони є, не пов'язані зі сприйняттям чи виконавчими функціями. На етапі відтворення та відстроченого відтворення пацієнтка набрала 18 балів на кожному з етапів. Такий результат демонструє значне зниження продуктивності, що може бути наслідком труднощів із збереженням інформації в короткочасній пам'яті або з увагою.

Постійність результатів між двома етапами (відтворення та відстрочене відтворення) свідчить про стабільність запам'ятої інформації, проте загальна кількість збережених деталей є низькою. Значне зниження балів між копіюванням (36 балів) та відтворенням (18 балів) може свідчити про: проблеми з утриманням інформації через когнітивну виснажуваність, вплив емоційного стану (зокрема тривожності чи депресії), які знижують ефективність пам'яті та концентрації, зниження точності у відтворенні може бути пов'язане з труднощами з деталізацією, переключенням уваги та зниженим рівнем когнітивної енергії, характерними для емоційних розладів.

Інтерпретація результатів:

Високий бал на етапі копіювання свідчить про збережені структурні когнітивні функції. Значне зниження результатів на етапах відтворення та відстроченого відтворення може бути зумовлене впливом депресивного стану, наявністю когнітивної виснажуваності, характерної для тривалого стресу, а також можливим впливом гормональних змін після тиреоїдектомії. Результати вказують на потребу у комплексній підтримці пацієнтки, яка враховуватиме як її емоційний стан, так і можливі когнітивні труднощі, зумовлені медичним анамнезом. Пацієнтка демонструє високий рівень базових когнітивних здібностей, але її результати вказують на необхідність додаткової уваги до емоційного благополуччя, яке може значно впливати на ефективність роботи пам'яті та уваги.

Результати тестування за HADS у пацієнтки показали результат:

Рівень тривоги: 8 балів(субклінічно виражена тривога).

Рівень депресії: 12 балів(клінічно виражена депресія).

Виявлені результати за HADS підтверджують можливий вплив депресивного стану на когнітивну продуктивність пацієнтки. Значне зниження балів між етапами копіювання та відтворення в методиці Рея-Остріца (з 36 до 18 балів) може бути результатом когнітивного виснаження, зниження концентрації

та пам'яті, що є типовими для клінічної депресії. Тривожність може посилювати труднощі з концентрацією та сприяти зниженню когнітивної ефективності, особливо на етапах, пов'язаних із запам'ятовуванням і відтворенням інформації. Однак субклінічний рівень тривоги не є домінуючим фактором у цьому випадку. Результати тестування за HADS та методикою Рея-Остріца узгоджуються. Показники депресії підтверджують, що когнітивні труднощі, зафіксовані в методиці Рея-Остріца (особливо на етапах відтворення), ймовірно, є наслідком депресивного стану пацієнтки. Це вказує на необхідність комплексного підходу до підтримки пацієнтки, що включатиме як роботу з емоційним станом, так і підтримку когнітивних функцій.

Клінічний випадок пацієнта з соціально тривожним розладом

Особисті дані:

Ім'я: Б.

Вік: 31 рік

Стать: Чоловік

Сімейний стан: Неодружений

Діти: Немає

Професія: Інженер-будівельник у приватній компанії

Скарги: Інтенсивний страх та тривогу в соціальних ситуаціях, особливо при необхідності спілкуватися з незнайомими людьми або виступати перед аудиторією. Уникання соціальних подій, зустрічей, презентацій на роботі. Фізичні симптоми під час соціальних взаємодій: прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, почервоніння обличчя. Почуття неповноцінності та страх негативної оцінки з боку інших. Труднощі у встановленні особистих стосунків, відсутність близьких друзів.

Історія теперішнього захворювання: Перші прояви з'явилися ще в підлітковому віці, але стали особливо помітними протягом останніх 5 років. Збільшення відповідальності на роботі вимагало більшої соціальної активності, що призвело до посилення симптомів. Останні 2 роки відзначає погіршення стану: відмовляється від підвищення на роботі, щоб уникнути публічних

виступів. Вирішив звернутися до фахівця після того, як пропустив важливу робочу зустріч через панічний страх.

Анамнез життя: Народився в повній сім'ї, батьки розлучилися, коли йому було 10 років. Відносини з батьками напружені, особливо з батьком, який був строгим та критичним. Має старшого брата, з яким стосунки формальні.

Освіта: Закінчив університет за спеціальністю "Будівництво". Уникав активностей, що вимагали публічних виступів.

Кар'єра: Працює інженером-будівельником 8 років. Уникає підвищення та додаткових обов'язків, пов'язаних з керівництвом або презентаціями. Особисте життя: Неодружений, тривалих стосунків не мав. Відчуває труднощі у спілкуванні з протилежною статтю.

Шкідливі звички: Не курить. Алкоголь вживає рідко, інколи для зняття напруги перед соціальними подіями.

Соматичні захворювання: Хронічних захворювань немає. Алергій та інших медичних проблем не відзначає.

Попередні психічні розлади: Раніше не звертався до психологів чи психіатрів.

Психоемоційний стан: Відчуває тривогу та напруження перед соціальними ситуаціями. Страх бути осміяним або негативно оціненим. Почуття самотності та ізоляції.

Поведінка: Уникає соціальних подій, відмовляється від запрошень. На роботі намагається залишатися в тіні, не привертати увагу.

Когнітивні функції: У звичайних умовах когнітивні функції збережені. Під час тривоги відзначає труднощі з концентрацією.

Сон: Перед важливими подіями може бути безсоння.

Соціальні фактори: Страх негативної оцінки та осуду. Відсутність підтримуючих соціальних зв'язків.

Особистісні фактори: Низька самооцінка, критичне ставлення до себе. Високі стандарти та перфекціонізм.

Професійні фактори: Потреба виступати перед колегами або клієнтами.

Усвідомлення проблеми: Розуміє, що його страхи є надмірними, але не може їх контролювати.

Мотивація до лікування: Бажає покращити свій стан, щоб не втратити роботу та покращити якість життя.

Мотивація та цілі: Подолати тривогу в соціальних ситуаціях. Побудувати близькі стосунки. Погодитися на підвищення, взяти на себе нові обов'язки. Впевнено виступати перед аудиторією.

Загальний стан: Фізично здоровий, нормальна вага, активний. Під час тривожних епізодів: серцебиття, пітливість, тремтіння.

Етап 1: Копіювання фігури

Пацієнт взяв аркуш горизонтально, що може відображати його індивідуальний підхід до виконання завдань або комфортну для нього робочу позицію. Горизонтальне розташування може також свідчити про прагнення охопити ширший спектр інформації або про професійні звички, пов'язані з інженерною діяльністю. Копіювання фігури виконано майже без помилок. Пропущений 7 елемент під час копіювання може вказувати на незначні труднощі з концентрацією уваги або вибірковістю сприйняття складної зорової інформації. Лінії чіткі, з легким штрихуванням, що свідчить про старанність та увагу до деталей. Натиск не сильний, лінії рівні, що вказує на впевненість та спокій під час виконання завдання.

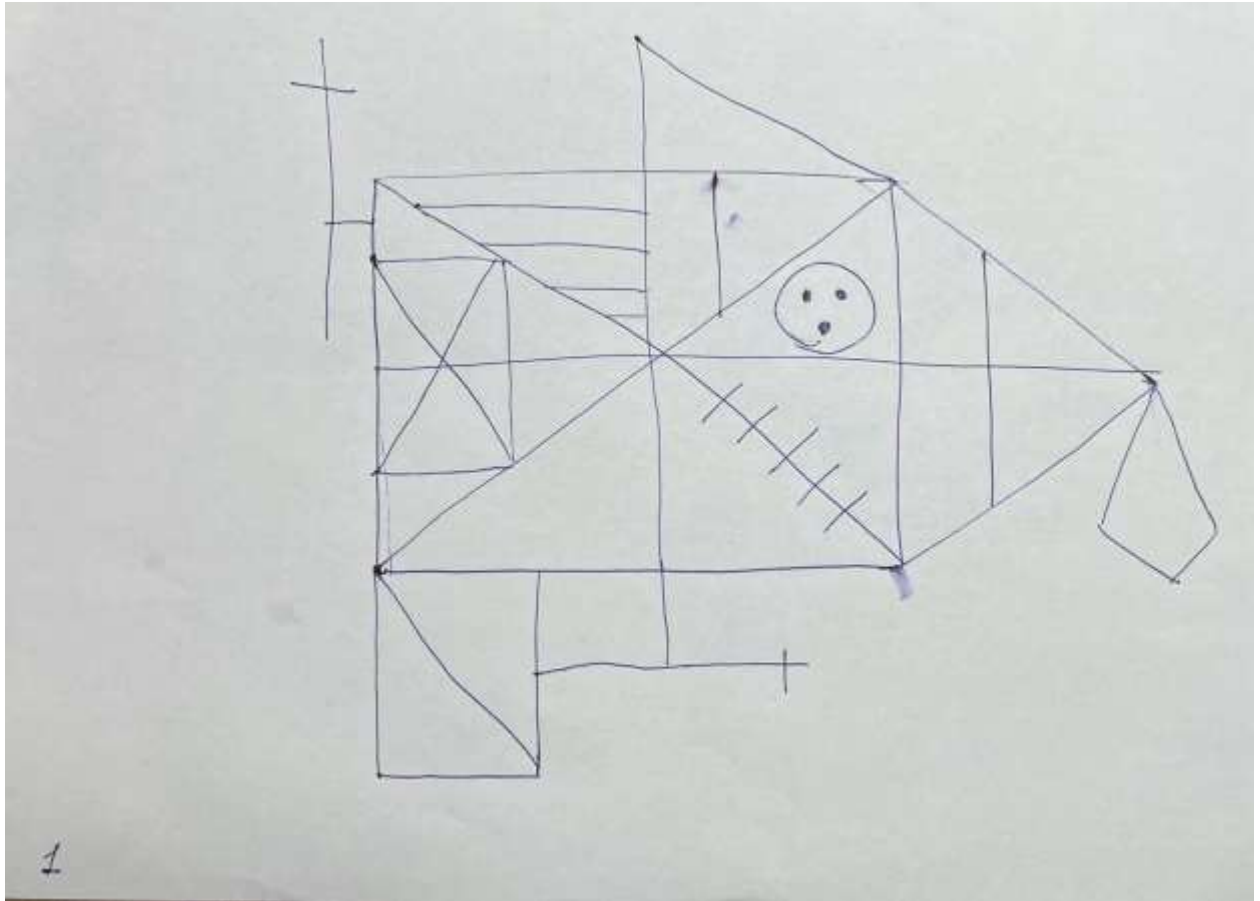


Рис. 9 Виконання пацієнта з соціальною тривогою 1 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 2: Відтворення з пам'яті (одразу після копіювання)

Пацієнт виконав відтворення фігури з пам'яті одразу після копіювання. Пропуск елементів 7 та 10 може вказувати на труднощі із запам'ятовуванням окремих деталей або вибіркову увагу до певних частин фігури. Це може бути пов'язано з підвищеним рівнем тривожності, який впливає на концентрацію та здатність утримувати інформацію в короткочасній пам'яті. Видозміна 17 елемента свідчить про можливі спотворення збереженого образу або труднощі з відтворенням складних структурних компонентів фігури. Це може бути наслідком когнітивного напруження або емоційного стану пацієнта під час виконання завдання.

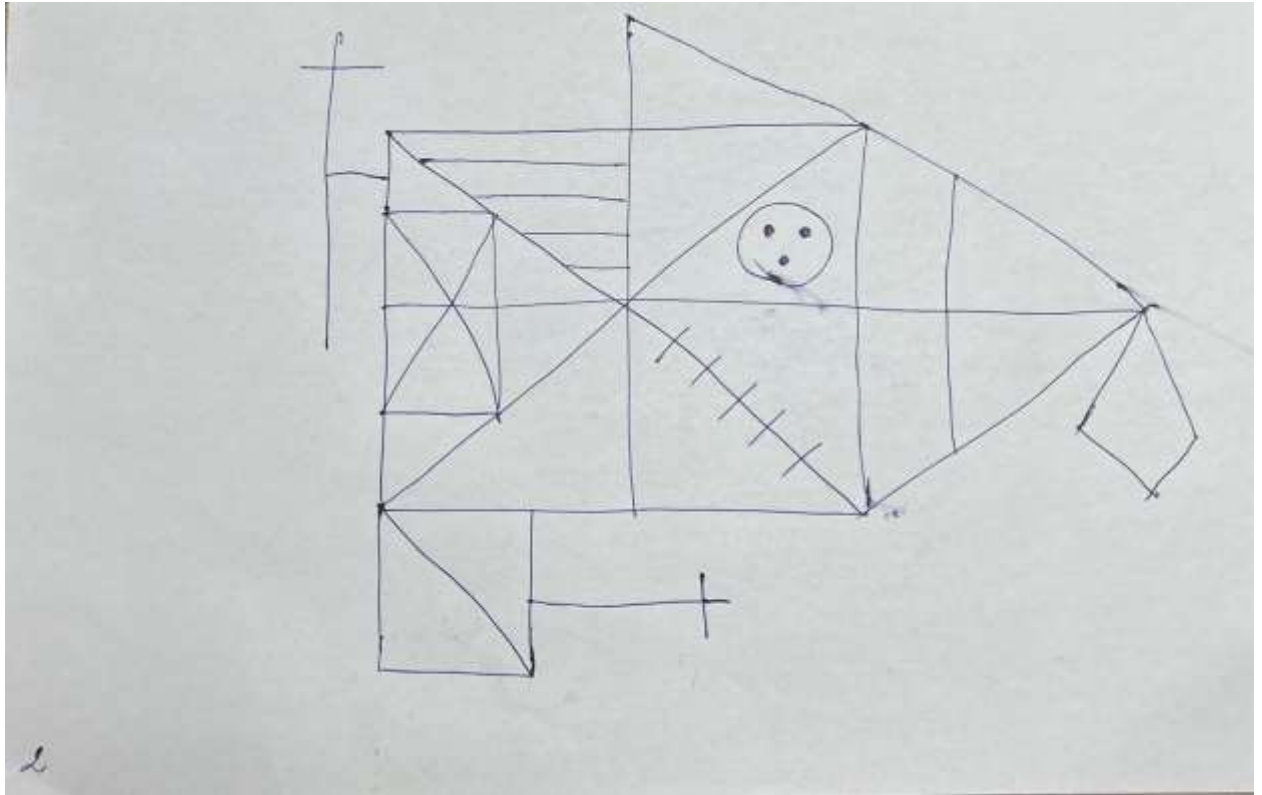


Рис. 10 Виконання пацієнта з соціальною тривогою 2 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 3: Відстрочене відтворення (через 20 хвилин)

Пацієнт зберіг загальну структуру фігури, що свідчить про збереження основного образу в пам'яті. Пропуск елементів 7 і 10 залишився таким самим, як і на другому етапі - це свідчить про те, що ці елементи не були ефективно закріплені в пам'яті пацієнта, і труднощі з їх запам'ятовуванням є стійкими. Видозміна 17 елемента також збереглася, що може вказувати на стабільне спотворення або неправильне відтворення цього елемента в пам'яті, а також може свідчити про закріплення неправильного образу в пам'яті, що може бути пов'язано з когнітивними особливостями або емоційним станом. Можливо, під час відстроченого відтворення пацієнт відчував внутрішнє напруження або відволікання, що перешкоджало ефективному відтворенню інформації.

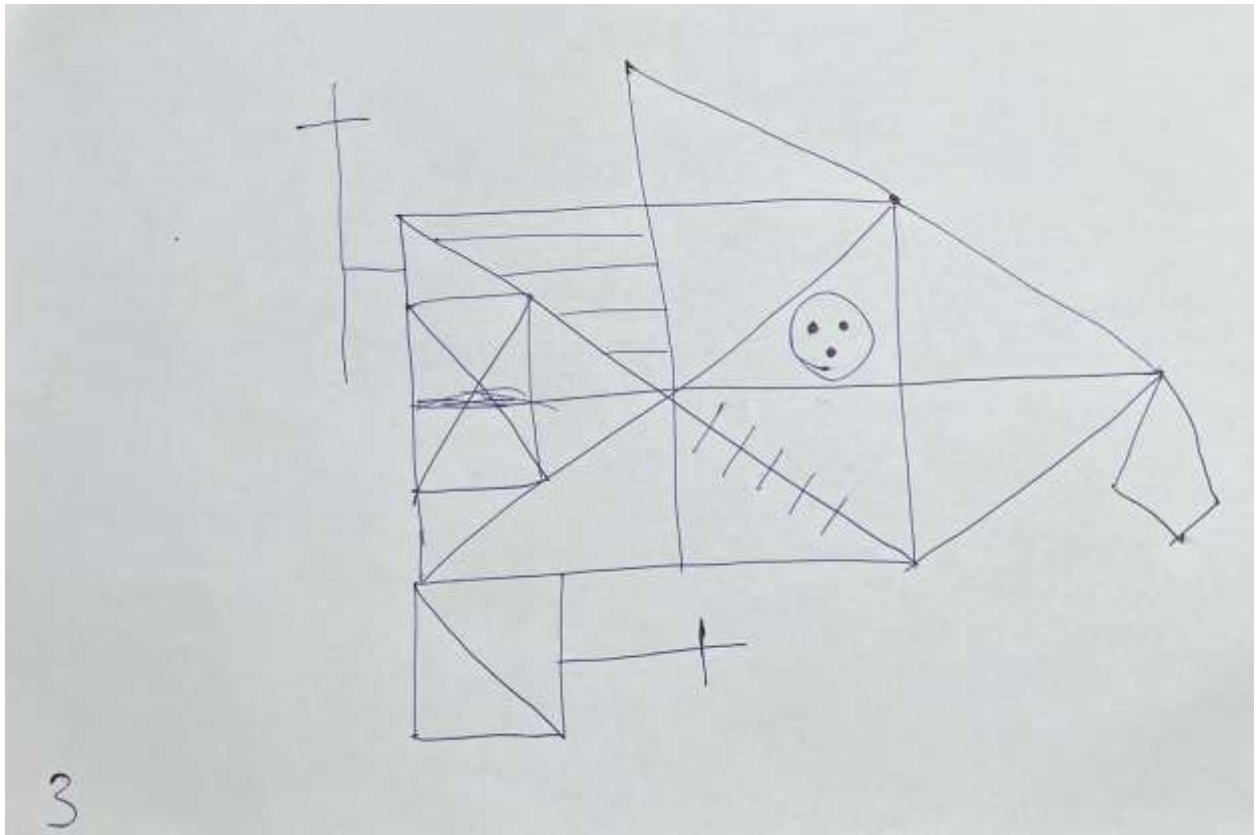


Рис. 11 Виконання пацієнта з соціальною тривогою 3 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Результати проведення методики Рея-Остріца пацієнта з розладом соціальної тривоги: На етапі копіювання пацієнт набрав 34 бали, що відповідає нормі, високому рівню візуально-просторових здібностей. Пацієнт на даному етапі демонструє добре розвинену зорово-моторну координацію та уважність, має добру здатність до аналізу та відтворення складних фігур.

На етапі відтворення пацієнт набрав 30,5 балів, оскільки мав 2 пропущених елементів і 1 видозмінений елементів. Незначне зниження балів вказує на деякі труднощі із запам'ятовуванням деталей або збереженням інформації в короткочасній пам'яті. Підвищений рівень тривоги, характерний для соціального розладу, може впливати на концентрацію та пам'ять. Внутрішнє напруження під час тестування могло відволікати від повного зосередження.

На етапі відстроченого відтворення пацієнт набрав 30,5 бал. Рівень відтворення залишився стабільним, без подальшого зниження, що також відчить про стабільність когнітивних функцій та здатність утримувати інформацію протягом часу, хоча деякі деталі залишаються незафіксованими. Відсутність подальшого зниження балів на третьому етапі свідчить про те, що пацієнт утримує інформацію на певному рівні.

Інтерпретація результатів: Високий бал на етапі копіювання (34 бали з 36 можливих) свідчить про збережені структурні когнітивні функції пацієнта. Це вказує на добрий рівень візуально-просторових здібностей, зорово-моторну координацію та здатність до аналізу і відтворення складної інформації. Незначне зниження результатів на етапах відтворення та відстроченого відтворення (30,5 балів з 36) може бути зумовлене впливом підвищеного рівня тривоги, характерного для розладу соціальної тривоги. Підвищена тривожність може призводити до когнітивної виснаженості та впливати на ефективність процесів пам'яті та уваги. Хронічний стрес, пов'язаний з постійним страхом соціальних ситуацій, також може негативно впливати на когнітивні функції. Результати вказують на потребу у комплексній підтримці пацієнта, яка враховуватиме як його емоційний стан, так і можливі когнітивні труднощі, зумовлені тривожним розладом. Пацієнт демонструє високий рівень базових когнітивних здібностей, але його результати вказують на необхідність додаткової уваги до емоційного благополуччя, яке може значно впливати на ефективність роботи пам'яті та уваги.

Результати тестування за HADS у пацієнта показали результат:

Рівень тривоги: 11 балів(клінічно виражена тривога).

Рівень депресії: 5 балів(відсутність вірогідно вираженої депресії).

Виявлені результати за HADS підтверджують значний вплив тривожного стану на когнітивну продуктивність пацієнта. Незначне зниження балів між етапами копіювання та відтворення в методиці Рея-Остеріца (з 34 до 30,5 балів)

може бути результатом когнітивного виснаження, зниження концентрації та пам'яті, що є типовими для високого рівня тривожності. Тривожність може посилювати труднощі з концентрацією та сприяти зниженню когнітивної ефективності, особливо на етапах, пов'язаних із запам'ятовуванням і відтворенням інформації. Однак відсутність клінічно вираженої депресії не є домінуючим фактором у цьому випадку.

Результати тестування за HADS та методикою Рея-Остеріца узгоджуються. Показники тривоги підтверджують, що когнітивні труднощі, зафіксовані в методиці Рея-Остеріца (особливо на етапах відтворення), ймовірно, є наслідком високого рівня тривожності пацієнта. Це вказує на необхідність комплексного підходу до підтримки пацієнта, що включатиме як роботу з емоційним станом, так і підтримку когнітивних функцій.

Клінічний випадок пацієнта з депресивним розладом

Особисті дані:

Ім'я: Р.

Вік: 18 років

Стать: Чоловіча

Сімейний стан: Неодружений

Діти: Немає

Професія: студент випускного курсу коледжу на спеціальності «Графічний дизайн»

Скарги: Пацієнт звернувся зі скаргами на: постійне відчуття втоми та виснаження, навіть після сну чи відпочинку; відсутність інтересу до раніше улюблених занять (гра на гітарі, футбол з друзями); апатію; проблеми зі сном: труднощі з засинанням або раннє пробудження; зниження апетиту, інколи відмовляється від їжі; труднощі з концентрацією на лекціях, зниження успішності в коледжі; почуття смутку та пригніченості більшу частину дня.

Історія теперішнього захворювання: початок симптомів: Приблизно 1,5 роки тому.

Розвиток захворювання: Спочатку відзначав легку втому та зниження інтересу до деяких занять. Симптоми поступово посилювалися: з'явилася апатія, втрата інтересу до хобі та друзів. Останні кілька місяців помітив, що став більш замкнутим і менш комунікабельним. Протягом цього періоду відбулося поступове зниження успішності в коледжі та відсторонення від соціального життя.

Анамнез життя: Виріс у багатодітній сім'ї, батьки працюють у сільському господарстві. Відносини з батьками загалом добрі, але увага батьків розподіляється між багатьма дітьми. Має двох старших сестер та брата.

Освіта: Навчається в коледжі на спеціальності «Графічний дизайн». Брав участь у організаційних заходах та спортивних змаганнях.

Соціальні контакти: Мав декілька друзів у коледжі та серед сусідів в гуртожитку. Останнім часом уникає спілкування, відмовляється від зустрічей.

Захоплення: Гра на гітарі, раніше самостійно вчився грати. Любив грати у футбол з однолітками.

Медичний анамнез: Хронічних захворювань немає. Алергій не відзначає.

Шкідливі звички: Не курить, алкоголь не вживає.

Психоемоційний стан: Постійно пригнічений, відчуває смуток більшу частину дня. Втрата задоволення від раніше улюблених занять. Відчуття безнадії, зниження самооцінки.

Поведінка: Уникає соціальних контактів, стає замкнутим. Більшість часу проводить на самоті, часто залишається в своїй кімнаті.

Когнітивні функції: Труднощі з концентрацією уваги на уроках. Забуває про домашні завдання та обов'язки.

Сон: Проблеми із засинанням, інколи ранні пробудження.

Суб'єктивне сприйняття хвороби:

Усвідомлення проблеми: пацієнт не повністю розуміє, що з ним відбувається. Вважає, що просто втомився або що це тимчасове явище.

Мотивація та цілі: Хочє відчувати себе краще, повернути інтерес до улюблених занять. Бажає знову спілкуватися з друзями.

Соматичний стан: Фізично здоровий, але виглядає втомленим та виснаженим. Можлива блідість шкіри. Скарг на болі чи дискомфорт немає.

Поточне лікування: На момент огляду медикаментозної терапії не призначено.

Етап 1: Копіювання фігури

Пацієнт взяв аркуш горизонтально, що може свідчити про його індивідуальний підхід до виконання завдань або про бажання охопити більше простору для роботи. Використав простий олівець та лінійку для виконання завдання, промальовуючи кожен елемент під лінійку. Це вказує на прагнення до точності та перфекціонізму. Лінії були чіткими, з легким штрихуванням маленьких деталей, що свідчить про увагу до деталей та старанність. Елемент 7 був пропущений під час копіювання.

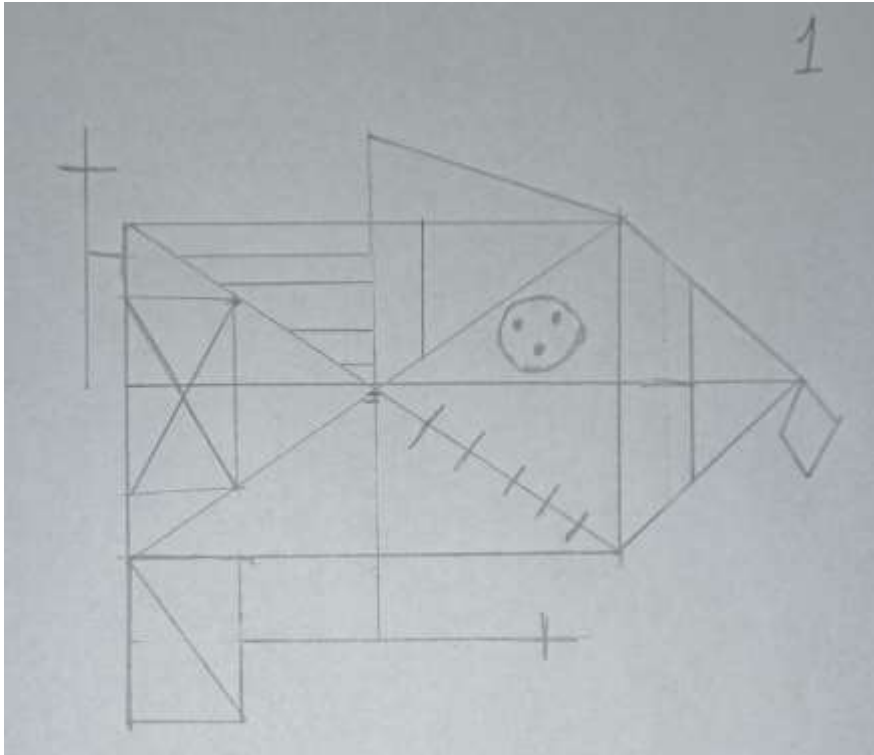


Рис. 12 Виконання пацієнта підліткового віку з депресивним розладом 1 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 2: Відтворення з пам'яті (одразу після копіювання)

Елемент 7 знову був пропущений. Інші елементи були відтворені збережено та з увагою до деталей. Інші елементи були відтворені збережено та з увагою до деталей. Легке штрихування маленьких деталей свідчить про старанність та уважність до дрібниць. Пацієнт демонструє високий рівень концентрації та старанності під час виконання завдання.

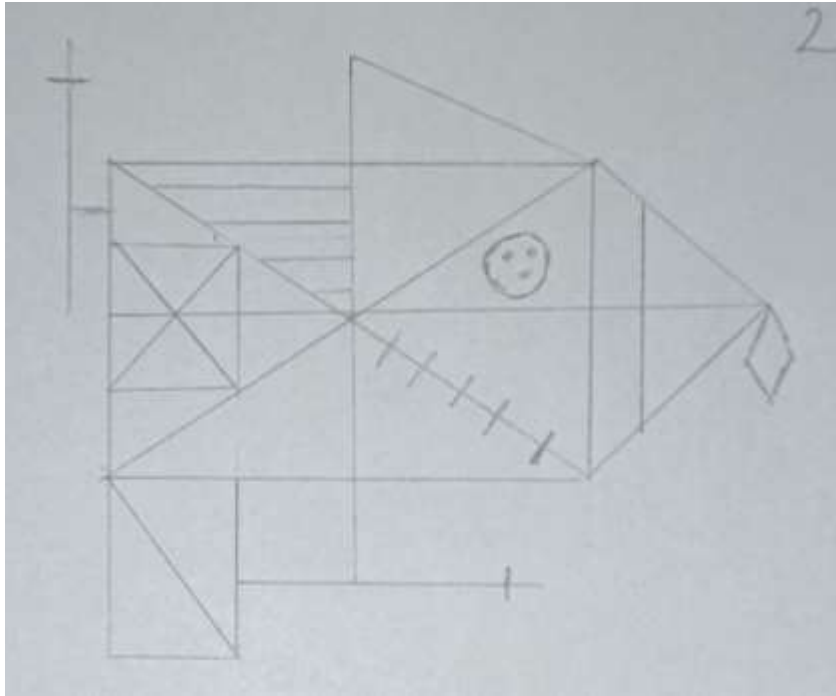


Рис. 13 Виконання пацієнта підліткового віку з депресивним розладом 2 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Етап 3: Відстрочене відтворення (через 20 хвилин)

Пацієнт зберіг загальну структуру фігури, що свідчить про збереження основного образу в пам'яті. Пропуск елемента 7 залишився таким самим, як і на другому етапі—це свідчить про те, що цей елемент не був ефективно закріплений у пам'яті пацієнта, і труднощі з його запам'ятовуванням є стійкими. Незначне нахилення фігури на третьому етапі може вказувати на певні особливості у просторовому сприйнятті або емоційний стан пацієнта під час відстроченого відтворення.

Можливо, під час відстроченого відтворення Іван відчував внутрішнє напруження або відволікання, що перешкоджало ефективному відтворенню інформації. Однак збереження більшості елементів та структури фігури свідчить про загальну збереженість когнітивних функцій і адекватну роботу пам'яті.

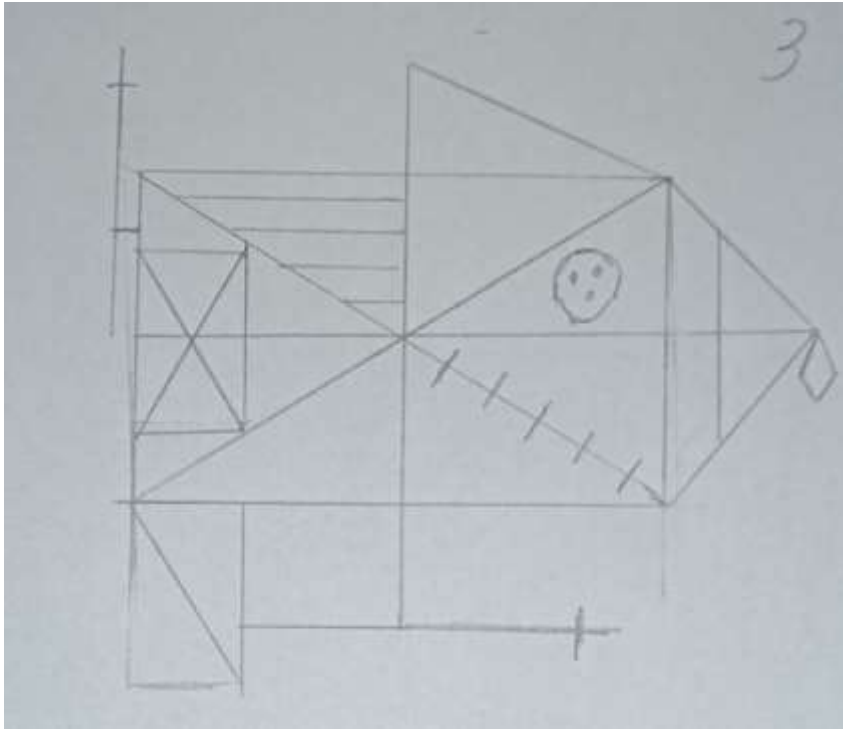


Рис. 14 Виконання пацієнта підліткового віку з депресивним розладом 3 етапу відтворення фігури Рея-Остріца

Результати проведення методики Рея-Остріца пацієнта підліткового віку з депресивним розладом: На етапі копіювання пацієнт набрав 34 бали (з максимально можливих 36), що відповідає нормі, високому рівню візуально-просторових здібностей. Пацієнт на даному етапі демонструє добре розвинену зорово-моторну координацію та уважність, має добру здатність до аналізу та відтворення складних фігур. Використання лінійки та промальовування елементів підкреслює його старанність та прагнення до точності. На етапі відтворення пацієнт набрав 34 бали, оскільки мав 1 пропущений елемент (елемент 7). Відсутність зниження балів вказує на збережену здатність до запам'ятовування деталей та збереження інформації в короткочасній пам'яті. Незважаючи на депресивний стан, Іван демонструє високу концентрацію та пам'ять. Прагнення до точності та використання допоміжних засобів свідчить про його відповідальне ставлення до завдання. На етапі відстроченого відтворення пацієнт також набрав 34 бали. Рівень відтворення залишився

стабільним, без подальшого зниження, що свідчить про стабільність когнітивних функцій та здатність утримувати інформацію протягом часу, хоча один елемент залишається незафіксованим. Незначне нахилання фігури на цьому етапі може вказувати на емоційний стан пацієнта або певну втому, але загалом структура фігури збережена.

Інтерпретація результатів: Високий бал на етапі копіювання (34 бали з 36 можливих) свідчить про збережені структурні когнітивні функції пацієнта. Це вказує на добрий рівень візуально-просторових здібностей, зорово-моторну координацію та здатність до аналізу і відтворення складної інформації. Незначне зниження результатів на етапах відтворення та відстроченого відтворення (34 бали з 36) свідчить про стабільність когнітивних функцій пацієнта. Однак постійний пропуск елемента 7 на всіх етапах може бути зумовлений впливом емоційного стану, характерного для депресивного розладу. Депресія може призводити до вибіркової уваги та впливати на ефективність процесів пам'яті та уваги. Хронічна апатія та втома, пов'язані з депресивним станом, також можуть негативно впливати на когнітивні функції. Результати вказують на потребу у комплексній підтримці пацієнта, яка враховуватиме як його емоційний стан, так і можливі когнітивні труднощі, зумовлені депресивним розладом. Пацієнт демонструє високий рівень базових когнітивних здібностей, але його результати вказують на необхідність додаткової уваги до емоційного благополуччя, яке може значно впливати на ефективність роботи пам'яті та уваги.

Результати тестування за HADS у пацієнта показали результат:

Рівень тривоги: 9 балів(субклінічно виражена тривога).

Рівень депресії: 16 балів(клінічно виражена депресія).

Виявлені результати за HADS підтверджують значний вплив депресивного стану на когнітивну продуктивність пацієнта. Високий бал на етапі копіювання (34 бали з 36 можливих) свідчить про збережені структурні когнітивні функції

пацієнта, добрий рівень візуально-просторових здібностей, зорово-моторну координацію та здатність до аналізу і відтворення складної інформації. Відсутність значного зниження балів між етапами копіювання та відтворення в методиці Рея-Остеріца (залишається на рівні 34 балів) свідчить про стабільність когнітивних функцій. Однак постійний пропуск елемента 7 може бути результатом когнітивного виснаження, зниження концентрації та пам'яті, що є типовими для клінічно вираженої депресії. Депресія може посилювати труднощі з концентрацією та сприяти зниженню когнітивної ефективності, особливо на етапах, пов'язаних із запам'ятовуванням і відтворенням інформації. Субклінічно виражена тривога не є домінуючим фактором у цьому випадку. Результати тестування за HADS та методикою Рея-Остеріца узгоджуються. Показники депресії підтверджують, що когнітивні труднощі, зафіксовані в методиці Рея-Остеріца (особливо пропуск елемента 7), ймовірно, є наслідком високого рівня депресії пацієнта. Це вказує на необхідність комплексного підходу до підтримки пацієнта, що включатиме як роботу з емоційним станом, так і підтримку когнітивних функцій.

ВИСНОВОК ДО ІІІ РОЗДІЛУ

Представлені у цьому розділі клінічні випадки демонструють складність та багатовимірність проявів невротичних розладів, а також взаємозв'язок між емоційним станом пацієнта та його когнітивними функціями. Кожен із розглянутих випадків акцентує увагу на тому, що навіть за відсутності структурних когнітивних порушень характерних для органічних уражень, пацієнти з невротичними розладами можуть стикатися з труднощами у запам'ятовуванні, увазі та концентрації. Ці труднощі часто мають динамічний характер і залежать від стану емоційної сфери, рівня тривоги чи депресивності.

Аналіз конкретних клінічних прикладів підтверджує, що використання методики Рея-Остеріца в умовах клінічної практики при роботі з невротичними

пацієнтами не завжди є виправданим, оскільки витрати часу та ресурсів не завжди корелюють із діагностичною цінністю. Невротичні розлади не обумовлені стійкими структурними порушеннями пізнавальних функцій, тому застосування зазначеної методики обмежується переважно дослідницькими завданнями або складними випадками, де потрібен детальний нейропсихологічний аналіз.

Однак її використання сприяло формуванню довіри між пацієнтом і психологом, що стало важливим етапом для подальшої психокорекційної роботи. Зокрема, три з чотирьох пацієнтів погодилися на подальші зустрічі з психологом у відділенні, оскільки відчули підтримку та підвищили мотивацію до лікування. Обговорення результатів проведених методик стало основою для початку психокорекційної роботи, спрямованої на зниження тривоги та депресії, підвищення якості життя та підтримку психологічного благополуччя пацієнтів. Це підкреслює важливість комплексного підходу до терапії, де діагностичні методики використовуються не лише для оцінки стану пацієнта, але й для формування терапевтичного альянсу та підвищення ефективності лікування.

У ході дослідження на основі аналізу чотирьох клінічних випадків було встановлено, що: невротичні розлади, зокрема генералізований тривожний розлад, реактивна депресія, тривожний розлад і депресивний розлад, супроводжуються специфічними нейропсихологічними проявами, такими як труднощі з увагою, запам'ятовуванням та відтворенням інформації. У пацієнтів із невротичними розладами базові когнітивні функції залишаються збереженими, але емоційний стан значно впливає на ефективність пам'яті, уваги та здатність до деталізації. Дослідження показало, що невротичні розлади не супроводжуються стійкими когнітивними дефіцитами, властивими органічним ураженням, однак високий рівень тривоги чи депресії може викликати тимчасові труднощі у виконанні когнітивних завдань. Це підтверджується результатами методики Рея-Остріца, яка продемонструвала залежність когнітивної продуктивності від

емоційного стану пацієнтів. Аналіз також підкреслив важливість комплексного підходу до терапії невротичних розладів, що включає не лише корекцію емоційного стану, але й підтримку когнітивних функцій. Крім того, обговорення результатів нейропсихологічного тестування сприяло формуванню довіри до психолога та підвищенню мотивації до лікування, що дало змогу деяким пацієнтам продовжити психокорекційну роботу. Вивчення нейропсихологічних особливостей невротичних розладів дозволяє не лише глибше зрозуміти механізми їх розвитку, але й допомагає розробити індивідуальні терапевтичні стратегії, спрямовані на покращення як емоційного стану пацієнтів, так і їхньої когнітивної продуктивності.

Загалом, розглянуті клінічні історії підтверджують необхідність комплексного підходу до діагностики та терапії невротичних розладів. Важливо враховувати не лише емоційний стан пацієнта, а й залучати нейропсихологічні методи та адаптувати підходи до індивідуальних особливостей кожного випадку. Окрім того, на основі цих спостережень актуальним постає питання розроблення сучасних, менш затратних за часом та більш адаптованих до клінічних реалій методик оцінки когнітивних функцій при невротичних розладах. Такий підхід сприятиме більш точній діагностиці, ефективнішому плануванню терапії та підвищенню якості психічного здоров'я пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. У межах магістерської роботи було здійснено комплексний аналіз сучасної літератури, присвяченої науковим підходам до дослідження невротичних розладів. На основі вивчення теоретичних джерел було визначено, що невротичні розлади є складними багатофакторними станами, які мають нейропсихологічні, психологічні, соціальні та біологічні аспекти. Здійснений аналіз підтвердив, що існують різні підходи до вивчення цих розладів: нейропсихологічний, когнітивно-поведінковий, психодинамічний та психофізіологічний. Особливу увагу приділено дослідженням, які інтегрують нейропсихологічні аспекти у вивчення особливостей перебігу невротичних розладів, оскільки вони дозволяють глибше зрозуміти взаємозв'язок між функціонуванням мозку та клінічними проявами. Дослідження сучасної літератури підтвердило необхідність мультидисциплінарного підходу до розуміння та роботи з невротичними розладами, що стало теоретичною основою для подальших емпіричних досліджень у рамках цієї магістерської роботи.

2. Було визначено нейропсихологічні характеристики різних форм невротичних розладів на основі аналізу чотирьох клінічних випадків:

Жінка, 28 років, із генералізованим тривожним розладом демонструвала труднощі з увагою та пам'яттю, зумовлені високим рівнем тривожності та когнітивним виснаженням.

Жінка, 50 років, із реактивною депресією виявляла значне зниження когнітивної продуктивності, зокрема в запам'ятовуванні та відтворенні інформації, через вплив депресивного стану.

Чоловік, 31 рік, із тривожним розладом мав вибіркові труднощі з утриманням деталей у пам'яті, що пов'язано з соціальною тривогою.

Чоловік, 18 років, із депресивним розладом демонстрував збережену базову когнітивну продуктивність, але емоційний стан впливав на вибіркове відтворення деталей.

Аналіз показав, що методика Рея-Остріца в умовах роботи з пацієнтами, які мають невротичні розлади, виявилася недостатньо інформативною для виявлення когнітивного дефіциту, оскільки в цих пацієнтів не було зафіксовано значущих порушень когнітивних функцій. Було проведено психокорекційні бесіди три з чотирьох пацієнтів погодилися на подальші зустрічі з психологом у відділенні.

3. Було проаналізовано психологічний взаємозв'язок між нейропсихологічними показниками та клінічними проявами невротичних розладів на основі чотирьох клінічних випадків. Отримані результати дозволили виявити такі закономірності:

- **Генералізований тривожний розлад:** Підвищений рівень тривожності корелював із труднощами уваги та короткочасного запам'ятовування, що підтверджується пропусками та видозмінами елементів у методиці Рея-Остріца. Ці прояви були зумовлені високим емоційним напруженням та когнітивним виснаженням.
- **Реактивна депресія:** Клінічно виражена депресія асоціювалася зі значним зниженням продуктивності на етапах відтворення, що вказувало на проблеми із запам'ятовуванням та концентрацією. Це свідчить про вплив депресивного стану на когнітивні процеси.
- **Тривожний розлад:** Соціальна тривожність виявлялася через незначні труднощі з утриманням деталей у пам'яті та вибіркковість уваги, що може бути результатом підвищеного рівня тривоги.

- **Депресивний розлад:** Незважаючи на клінічно виражену депресію, базові когнітивні функції залишалися збереженими, однак емоційний стан впливав на відтворення окремих деталей.

Нейропсихологічні показники можуть слугувати важливим індикатором для оцінки стану пацієнта, а їхній аналіз дозволяє ефективніше планувати терапевтичні втручання, враховуючи індивідуальні особливості клінічних проявів невротичних розладів.

У ході дослідження на основі аналізу чотирьох клінічних випадків було встановлено, що: невротичні розлади, зокрема генералізований тривожний розлад, реактивна депресія, тривожний розлад і депресивний розлад, супроводжуються специфічними нейропсихологічними проявами, такими як труднощі з увагою, запам'ятовуванням та відтворенням інформації. У пацієнтів із невротичними розладами базові когнітивні функції залишаються збереженими, але емоційний стан значно впливає на ефективність пам'яті, уваги та здатність до деталізації. Дослідження показало, що невротичні розлади не супроводжуються стійкими когнітивними дефіцитами, властивими органічним ураженням, однак високий рівень тривоги чи депресії може викликати тимчасові труднощі у виконанні когнітивних завдань. Це підтверджується результатами методики Рея-Остріца, яка продемонструвала залежність когнітивної продуктивності від емоційного стану пацієнтів. Вивчення нейропсихологічних особливостей невротичних розладів дозволяє не лише глибше зрозуміти механізми їх розвитку, але й допомагає розробити індивідуальні терапевтичні стратегії, спрямовані на покращення як емоційного стану пацієнтів, так і їхньої когнітивної продуктивності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березюк, Тетяна. «АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО РОЗУМІННЯ ПРОБЛЕМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ.» Психологія: реальність і перспективи 19 (2022): 5-12.
2. Блажіна, І., & Коростій, В. (2019). Нейропсихологічні дослідження пацієнтів, що страждають на епілепсію, з когнітивними розладами. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 4(1), e0401179-e0401179.
3. Вітенко І.С. Основи психології: Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації/ Вітенко І.С., Вітенко Т.І. – Вінниця: Нова книга, 2001.- 255
4. Гнатюк, Р. М.. Причини виникнення, динаміка та вихід невротичних розладів (огляд літератури). Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, 2000.
5. Гуменюк, О.В. (2019). Проблема невротичної особистості та її розвитку в суспільстві. Актуальні задачі сучасних технологій: матеріали VIII Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів. Тернопіль: ТНТУ.
6. Зінов'єва, О. В. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ ЛОБНИХ ВІДДІЛІВ МОЗКУ. ББК 20+ 74.00 За загальною редакцією, 108.
7. Ляхович, І.М., & Соколова, О.С. (2019). Генезис невротичних розладів. Теорія і практика управління в умовах суспільних викликів і трансформацій : матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів: Львівський інститут ПрАТ «ВНЗ МАУП».

8. Мазяр, О.В. (2017). Психофізіологічний механізм формування невротичного розладу. Лікувальна справа, 7, 110-116.
9. Максимчук, М. О. (2020). Нейропсихологія.
10. Маліцька, Л.Б. (2015). Психологічні аспекти невротичних розладів особистості. Актуальні проблеми психології в закладах освіти, 5, 274-281.
11. Марута, Н. О., et al. "Патопсихологічні особливості тривоги у структурі невротичних розладів. «Медична психологія 10, № 3 (2015): 43-47.
12. МАРУТА, Н. О., et al. Патопсихологічні особливості тривоги у структурі невротичних розладів. Медична психологія, 2015, 10, № 3: 43-47.
13. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Спеціальна медична психологія/М42 [Г.Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.]; за ред. Г. Я. Пилягіної – Вінниця: Нова книга, 2020. – 496 с.
14. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія/М42 [Г.Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.]; за ред. Г. Я. Пилягіної – Вінниця: Нова книга, 2020. – 496 с.
15. МКХ-10 (розділи F40–F48 для невротичних розладів)
<https://icd.who.int/browse10/2019/en>
16. Основи загальної та медичної психології (практикум) /За ред. проф. І.С.Вітенка, проф. О.С.Чабана. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 344с.
17. Попіль М.І. Основи клінічної психології: Методичні матеріали до практичних занять / М.І. Попіль. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. – 236 с.

18. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.

19. ТЕРЛЕЦЬКА, Н. (2009). НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ЯК ПСИХОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, (3 (22)), 179-184.

20. Чабан О.С., Хаустова О.О., Асанова А.Е., Практична психосоматика: діагностичні шкали, 3 видання, виправлене і доповнене / Навчальний посібник, за ред Чабана О.С., Хаустової О.О., К., Видавничий дім Медкнига, 2021, 200 с.

21. ASSESSMENT, A. T. F. O. P. (2020). for Psychological Assessment and Evaluation.

22. Austin, M. P., Mitchell, P., & Goodwin, G. M. (2001). Cognitive Deficits in Depression: Possible Implications for Functional Neuropathology. The British Journal of Psychiatry, 178(3), 200-206.

23. Awad N, Tsiakas M, Gagnon M, Mertens VB, Hill E, Messier CJJ, et al. Explicit and objective scoring criteria for the taylor complex figure test. J Clin Exp Neuropsychol. (2004) 26:405–15. doi: 10.1080/13803390490510112

24. Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and Treatment (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.

25. Bennett-Levy J. Determinants of performance on the rey-osterrieth complex figure test: an analysis, and a new technique for single-case assessment. Bri J Clin Psychol. (1984) 23:109–19. doi: 10.1111/j.2044-8260.1984.tb00634.x

26. Berryhill, M. E., Olson, I. R., & Yund, E. W. (2007). "Cognitive and neuroanatomical correlates of the Rey–Osterrieth Complex Figure test in patients with focal lesions." *Neuropsychologia*.
27. Boccia, M., Piccardi, L., Palermo, L., Nori, R., & Palmiero, M. (2021). Overview of the Complex Figure Test and Its Clinical Application in Neuropsychiatric Disorders, Including Copying and Recall. *Frontiers in Neurology*, 12, 680474. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.680474>
28. Booth RDL. Local-Global Processing and Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders and Typical Development. London: University of London (2006).
29. Bylsma FJU, The Q-Score: A Brief Reliable Method for Coding How Subjects Copy the Rey-Osterrieth Complex Figure (Unpublished manuscript). Chicago, IL: Neuropsychological Services PC (2008).
30. Charney, D. S., & Nestler, E. J. (2004). *Neurobiology of Mental Illness* (2nd ed.). Oxford University Press.
31. Clayson, P. E. (2024). The psychometric upgrade psychophysiology needs. *Psychophysiology*, 61(3), e14522. <https://doi.org/10.1111/psyp.14522>
32. Cooper, R. (2018). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429473678>
33. Denes, G., & Pizzamiglio, L. (Eds.). (2020). *Handbook of clinical and experimental neuropsychology*. Psychology Press.
34. Denman SB. *Denman Neuropsychology Memory Scale: Norms*. Charleston, SC (1987).
35. Drevets, W. C., & Raichle, M. E. (1998). Reciprocal Suppression of Regional Cerebral Blood Flow during Emotional versus Higher Cognitive Processes: Implications for Interactions between Emotion and Cognition. *Cognition and Emotion*, 12(3), 353-385.

36. Eysenck, M. W., & Derakshan, N. (2011). New Perspectives in Attentional Control Theory. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 955-960.
37. Glozman, J. M. (2020). Neuropsychology in the past, now and in the future. *Lurian Journal*. 2020. Vol. 1.№ 1, 1(1), 29-47.
38. Goldstein, D. S. (2010). Adrenal Responses to Stress. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 30(8), 1433-1440.
39. Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17–41.
40. Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2012). *Principles of Neural Science* (5th ed.). McGraw-Hill.
41. Krystal, J. H., Sanacora, G., & Duman, R. S. (2013). Rapid-Acting Antidepressants: Mechanistic Insights and Future Directions. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 392-399.
42. Lang K, Roberts M, Harrison A, Lopez C, Goddard E, Khondoker M, et al. Central coherence in eating disorders: a synthesis of studies using the rey osterrieth complex figure test. *PLoS ONE*. (2016) 11:e0165467. doi: 10.1371/journal.pone.0165467
43. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
44. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012) *Neuropsychological Assessment*.
45. Liu, J., Huang, K., Zhu, B., Zhou, B., Ahmad Harb, A. K., Liu, L., & Wu, X. (2021). Neuropsychological tests in post-operative cognitive dysfunction: methods and applications. *Frontiers in Psychology*, 12, 684307.

46. Maletic, V., & Raison, C. L. (2009). Inflammation and its Discontents: The Role of Cytokines in the Pathophysiology of Major Depression. *Biological Psychiatry*, 65(9), 732-741.
47. McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.
48. Meyers JE, Meyers KR. Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources (1995).
49. Meyers, J. E., & Meyers, K. R. (1995). The Rey–Osterrieth Complex Figure Test and Recognition Trial: Professional Manual.
50. Nestler, E. J., Hyman, S. E., & Malenka, R. C. (2009). *Molecular Neuropsychopharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience* (2nd ed.). McGraw-Hill Medical.
51. Nutt, D., & Malizia, A. L. (2001). Anxiolytics: Role of GABA and Serotonin. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 12), 17-24.
52. Osterrieth PA. Le test de copie d'une figure complexe; contribution à l'étude de la perception et de la mémoire. Test of copying a complex figure; contribution to the study of perception and memory. *Arch Psychol.* (1944) 30:206–356.
53. Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
54. Prigatano, G., & Pliskin, N. (Eds.). (2020). *Clinical neuropsychology and cost outcome research: A beginning*. Psychology Press.
55. Savage CR, Baer L, Keuthen NJ, Brown HD, Rauch SL, Jenike AJB, et al. Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive–compulsive. *Disorder.* (1999) 45:905–16. doi: 10.1016/S0006-3223(98)00278-9

56. Shin, M. S., Park, S. Y., Park, S. R., Seol, S. H., & Kwon, J. S. (2006). "Clinical and empirical applications of the Rey–Osterrieth Complex Figure Test." *Nature Protocols*.
57. Smith, G., & CNS. (2019). Education and training in clinical neuropsychology: Recent developments and documents from the clinical neuropsychology synarchy. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 34(3), 418-431.
58. Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 29.
59. Snyder, H. R. (2013). Major Depressive Disorder Is Associated with Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. *Psychological Bulletin*, 139(1), 81-132.
60. Somerville J, Tremont G, Stern RA. The boston qualitative scoring system as a measure of executive functioning in rey-osterrieth complex figure performance. *J Clin Exp Neuropsychol*. (2000) 22:613–21. doi: 10.1076/1380-3395(200010)22:5;1-9;FT613
61. Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4th ed.). Cambridge University Press.
62. Stucky, K., Kirkwood, M., Donders, J., & Liff, C. (Eds.). (2020). *Clinical neuropsychology study guide and board review*. Oxford University Press.
63. Taylor LJO. Scoring criteria for the rey-osterrieth complex figure test. In: Spreen O, Strauss E, editors. *A Compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms, and Commentary*. New York, NY: Oxford University Press (1998). p. 350–1.
64. Tomich, Liliya, et al. "Psychotherapy and Correction of Neuropsychic Disorders within the Neurotic Personality

Development." *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience* 13.3 (2022): 138-151.

65. Waber DP, Holmes JM. Assessing children's copy productions of the rey-osterrieth complex figure. *J Clin Exp Neuropsychol.* (1985) 7:264–80. doi: 10.1080/01688638508401259

66. Wakefield, Jerome C.. *Freud and Philosophy of Mind, Volume 1: Reconstructing the Argument for Unconscious Mental States.* Springer, 2022. 382 c.

67. Weider S, Indredavik MS, Lydersen S, Hestad K. Central coherence, visuoconstruction and visual memory in patients with eating disorders as measured by different scoring methods of the rey complex figure test. *Eur Eat Disord Rev.* (2016) 24:106–13. doi: 10.1002/erv.2385

68. Wilson, B. A., & Moffat, N. (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook.* Routledge.

69. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.