

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

Локота Ігор Миколайович

УДК 81'23: 811.161.2

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЯ ПРИ ПОРУШЕННІ ВИЩИХ
ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ: ПСИХОЛІНГВІСТИЧНИЙ АСПЕКТ**

03 Гуманітарні науки

035 Філологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Локота І. М.

Науковий керівник:

Ковалевська Тетяна Юріївна, доктор філологічних наук, професор

Одеса – 2024

АНОТАЦІЯ

Локота І. М. Особливості мовлення при порушенні вищих психічних функцій: психолінгвістичний аспект. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертацію присвячено психолінгвістичному аналізу особливостей усного та писемного мовлення пацієнтів із шизофренією, а також їхнього асоціативного фону. Мовленнєві особливості розглянуто як предмет лінгвістичного дослідження, проаналізовано мовленнєві вияви на різних рівнях мови, а також розроблено алгоритм психолінгвістичного дослідження, спрямований на виявлення мовленнєвих показників захворювання на шизофренію.

Актуальність дисертації зумовлена необхідністю комплексного дослідження мовленнєвих особливостей пацієнтів із шизофренією в контексті сучасного психолінгвістичного аналізу. Попри вагому соціальну важливість проблеми психічних захворювань і наявні дослідження в галузі психіатрії, в українському мовознавстві бракує систематизованого підходу до вивчення мовленнєвих виявів цієї групи пацієнтів. Це створює потребу в глибокому теоретичному та практичному осмисленні, а також розробці ефективних методик для опису та діагностики мовлення при порушенні вищих психічних функцій, зокрема для такого захворювання, як шизофренія.

Мета дисертаційної роботи полягає у виявленні й аналізі мовленнєвого комплексу хворих на шизофренію у проєкції на його психолінгвістичну природу. Досягнення поставленої мети передбачає необхідність вирішення таких конкретних завдань: зібрати фактичний матеріал, релевантний для комплексного психолінгвістичного аналізу; виявити у фактичному матеріалі усного мовлення основні лексичні, морфологічні, синтаксичні, прагматичні особливості; характеризувати специфіку письмового мовлення на рівні лексико-граматичних та графічних виявів осіб, хворих на шизофренію; провести асоціативний

експеримент та зафіксувати і проінтерпретувати характерні риси асоціативного фону таких пацієнтів; інтегрувати отримані результати аналізу усного, письмового мовлення й асоціативного експерименту та розробити алгоритм комплексного психолінгвістичного дослідження виявів захворювання на шизофренію; верифікувати доцільність та наукову об'єктивність застосування такого алгоритму; узагальнити отримані результати і сформувані практичні рекомендації щодо використання отриманого алгоритму.

Об'єктом дослідження є мовлення хворих на шизофренію, а предметом – лексичні, граматичні, прагматичні особливості усного і письмового мовлення й асоціативний фон їхньої комунікації.

Матеріалом дослідження послуговували 18 фрагментів усного мовлення пацієнтів загальною тривалістю 1 година 18 хвилин; 2 фрагменти письмового мовлення пацієнта, хворого на шизофренію; 53 асоціативних реакцій хворих та 548 асоціативних реакцій здорових осіб, а також близько 170 реакцій, залучених як додатковий ілюстративний матеріал.

Весь фактичний матеріал дослідження був зібраний на базі Одеської обласної психіатричної лікарні №4 протягом 2010-2019 років, зафіксований на аудіоносії (диктофон), розшифрований та перероблений у формат, доступний для читання й аналізу.

Методологічна база представлена загальнонауковими і спеціальними методами. Із загальнонаукових – метод спостереження, за допомогою якого було зібрано і зафіксовано актуальний фактичний матеріал; кількісний метод, який допоміг встановити число випадків різнорівневих порушень мовлення та загальну динаміку аналізованого фактичного матеріалу; описовий, який ґрунтується на здійсненні загальної характеристики зібраного матеріалу; порівняльний метод уможливив з'ясування характерних особливостей мовлення здорових респондентів та хворих на шизофренію. Із спеціальних – метод вільного асоціативного експерименту, який допоміг простежити динаміку асоціативних

зв'язків у свідомості хворої людини та порівняти їх із реакціями здорових респондентів для унаочнення розбіжностей; компонентний аналіз, який допоміг виявити семантичні особливості граматичних та лексичних маркерів у мовленні ХШ; контекстуально-інтерпретаційний аналіз, який являє собою сукупність процедур, спрямованих на встановлення тих семантичних змін, яких зазнає усталена семантична структура слова в певному контексті; елементи прагмалінгвістичного аналізу, застосовані для з'ясування актуальних комунікативних стратегій у мовленні пацієнтів. Також застосовано елементи графологічного аналізу, спрямованого на вияв особливостей письмово зафіксованого мовлення.

Дослідження ґрунтується на принципах психолінгвістики, нейролінгвістики, патопсихолінгвістики, а також теорії вищих психічних функцій Л. Виготського.

У дисертаційній праці розглянуто проблему мовної особистості (МО), а саме МО з патологічними порушеннями мовлення внаслідок психічного захворювання. Результати дослідження підтвердили, що мовленнєві порушення у пацієнтів із шизофренією виявляються на всіх мовних рівнях: а) на фонетичному рівні було часто зафіксовано патологічно прискорений темп мовлення (тахіталія), а також один випадок апраксії; лексико-семантичний рівень демонструє схильність до використання okazionalizmів, метафоризації та зміни у значеннях слів; на морфологічному рівні спостерігається переважання дієслів, займенників та іменників; синтаксичний рівень характеризується домінуванням складних конструкцій із численними підрядними зв'язками, наявністю неповних та незавершених речень, що порушують синтаксичну завершеність висловлювань; на текстовому рівні порушення когерентності та когезії виявляються у вигляді «словесного салату», логічної невідповідності між частинами тексту та смислової розірваності; прагматичний рівень відзначається домінуванням монологічного мовлення, порушенням діалогічної структури, униканням прямих відповідей, різкими змінами тем та зосередженістю на внутрішніх переживаннях пацієнтів;

міжрівневі порушення найчастіше виявляються у формі персеверацій; б) аналіз писемного мовлення встановив, що деякі зафіксовані вияви усного мовлення фіксуються і в письмовому мовленні хворих, зокрема: на лексико-семантичному рівні спостерігається використання невідповідних понять, парафазій та метафор; морфологічний аналіз показує переважання іменників і дієслів; на синтаксичному рівні відзначається відсутність пунктуації; текстовий рівень демонструє ознаки «словесного салату» та персеверації; графологічні особливості письмового мовлення виявлені у вигляді акцентуацій окремих слів, ненормативного використання великих літер або підкреслення.

Окрему увагу в дисертаційній праці приділено опису застосування вільного асоціативного експерименту, який є ключовим методом у психолінгвістичних дослідженнях. Результати проведеного асоціативного експерименту серед 50 психічно здорових і 6 пацієток із діагнозом «шизофренія» показали, що основною мовою реакцій в обох групах була українська, хоч у кожній зафіксовано по два випадки іншомовних асоціацій; у ході дослідження в обох групах респондентів були зафіксовані випадки відсутності реакцій на слова-стимули; частота повторюваних реакцій була значно вищою у здорових респондентів, тоді як у пацієток із шизофренією зафіксовано лише одну повторювану реакцію. Структурний аналіз асоціацій виявив, що у пацієток із шизофренією реакції були значно варіативнішими: однослівні – 53.97%, двослівні – 12.63%, трислівні – 11.11%, реченнєві – 14.29%, тоді як у здорових домінували однослівні реакції (97.08%), а двослівні становили 1.82%, трислівні – 0.91%, реченнєві – лише 0.18%. Частиномовний аналіз показав, що іменники домінували в реакціях обох груп, але з різною частотою: у хворих – 73.33%, у здорових – 81.98%; дієслова посіли друге місце (17.78% у пацієток із шизофренією та 15.45% у психічно здорових респонденток); прикметники становили 8.89% у респонденток із діагнозом шизофренія і лише 2.94% у психічно здорових.

У дисертаційній праці також розглянуто основні експериментально-психологічні дослідження при діагностуванні психічних захворювань. Було

розроблено алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію, який складається з трьох частин: усної, асоціативного експерименту та письмової частини і відповідно проводиться в 4 етапи, де 4 етап передбачає узагальнення й аналіз отриманих результатів. Такий комплексний підхід не лише забезпечує всебічне охоплення мовленнєвих особливостей хворих на шизофренію, а й суттєво економить час для аналізу.

Крім того, запропонований алгоритм підтвердив валідність висновків, до яких ми дійшли у попередніх наших дослідженнях. Він надав змогу не лише відтворити виявлені раніше особливості мовленнєвої діяльності пацієнтів, а й узагальнити ці результати в рамках єдиної дослідницької стратегії. Завдяки цьому алгоритм став як підсумковим результатом проведеного дослідження, так і методологічною основою для подальших наукових і клінічних розробок.

Перспективи дослідження вбачаємо у впровадженні отриманих результатів у клінічну практику, зокрема для вдосконалення діагностичних підходів та реабілітаційних програм у їхній проєкції на власне мовний аспект. Одним із важливих напрямів є розробка програмного забезпечення для автоматичного аналізу мовлення, що дасть змогу оперативно виявляти порушення вищих психічних функцій, насамперед на рівні їхніх вербальних експлікацій.

Результати дослідження створюють базу для подальшого вивчення мовленнєвих порушень при різних психічних розладах, зокрема з урахуванням таких аспектів, як стадії захворювання, гендерні й вікові особливості, мовна належність та соціокультурний контекст пацієнтів. Це уможливує дослідження мовленнєвих виявів у носіїв різних мов і представників різних соціальних груп, а також відстеження динаміки мовлення на різних етапах хвороби.

Крім того, перспективним видається вивчення індивідуальної асоціативної амплітуди, яка слугує індикатором варіативності та специфіки когнітивних процесів у пацієнтів із порушеннями вищих психічних функцій, а також

створення асоціативних словників пацієнтів із психічними розладами, які можуть стати цінним інструментом для діагностики та терапії.

Ключові слова: психолінгвістика, нейролінгвістика, патопсихолінгвістика, мовна особистість, мовленнєвий акт, усне та письмове мовлення, комунікація, семантика, асоціативний експеримент, вищі психічні функції, шизофренія, українська мова, відхилення, норма, алгоритм.

ABSTRACT

Lokota I. M. Speech Features in Higher Mental Function Disorders: A Psycholinguistic Aspect. – Qualification Research Work in Manuscript Form.

Dissertation for the Doctor of Philosophy Degree (PhD), Specialty 035 Philology. – Odesa I. I. Mechnikov National University, Odesa, 2024.

The dissertation is dedicated to the psycholinguistic analysis of the features of oral and written speech in patients with schizophrenia and their associative background. Speech characteristics are considered the subject of linguistic research, with speech manifestations analyzed at various language levels. Additionally, a psycholinguistic research algorithm aimed at identifying schizophrenia has been developed.

The need for a comprehensive study of the speech characteristics of patients with schizophrenia in the context of contemporary psycholinguistic analysis drives the relevance of the dissertation. Despite the significant social importance of addressing mental health issues and existing research in psychiatry, Ukrainian linguistics lacks a systematic approach to studying the speech manifestations of this patient group. This highlights the necessity for an in-depth theoretical and practical understanding, as well as the development of effective methods for describing and diagnosing speech disorders associated with higher mental function impairments, particularly in conditions such as schizophrenia.

The dissertation aims to identify and analyze the speech complex of patients with schizophrenia in relation to its psycholinguistic nature. Achieving this goal involves collecting factual material relevant for a comprehensive psycholinguistic analysis, identifying the main lexical, morphological, syntactic, and pragmatic features in the oral speech materials, and characterizing the specifics of written speech at the lexical-grammatical and graphic levels among individuals with schizophrenia. It also includes conducting an associative experiment, documenting and interpreting the characteristic features of the associative background of such patients, integrating the results of oral

speech, written speech, and the associative experiment to develop an algorithm for a comprehensive psycholinguistic study of schizophrenia manifestations, verifying the feasibility and scientific objectivity of applying such an algorithm, and summarizing the obtained results to formulate practical recommendations for its application.

The object of the study is the speech of patients with schizophrenia, while the subject comprises the lexical, grammatical, and pragmatic features of their oral and written speech, as well as the associative background of their communication.

The research material includes 18 fragments of oral speech from patients with a total duration of 1 hour and 18 minutes, 2 fragments of written speech from a patient with schizophrenia, 53 associative reactions from patients, and 548 associative reactions from mentally healthy individuals.

All factual material was collected at Odesa Regional Psychiatric Hospital No. 4 between 2010 and 2019, recorded on audio devices (voice recorders), transcribed, and reformatted into a structure suitable for reading and analysis.

The methodological framework of the research is based on general scientific and specialized methods. Among the general scientific methods, the observation method was employed to collect and record relevant factual material; the quantitative method helped establish the number of instances of multi-level speech disturbances and the overall dynamics of the analyzed material; the descriptive method was used to provide a general characterization of the collected material; and the comparative method allowed for identifying distinctive features of the speech of healthy respondents and patients with schizophrenia.

Among the specialized methods, the free-associative experiment method enabled tracking the dynamics of associative connections in the consciousness of patients and comparing them with the reactions of healthy respondents to highlight differences. Component analysis facilitated the identification of semantic features of grammatical and lexical markers in the speech of patients with schizophrenia. Contextual-interpretive analysis, comprising a set of procedures, was used to determine the

semantic changes that the established semantic structure of a word undergoes in a specific context. Elements of pragmalinguistic analysis were applied to clarify the communicative strategies present in the patients' speech. Additionally, elements of graphological analysis were used to identify features of written speech.

The research is based on the principles of psycholinguistics, neurolinguistics, and pathological psycholinguistics, as well as L. Vygotsky's theory of higher mental functions.

The dissertation examines the issue of linguistic personality (LP), specifically LP with pathological speech impairments caused by mental illness. The study's findings confirm that speech disorders in patients with schizophrenia manifest at all linguistic levels: a) at the phonetic level, a pathologically accelerated speech rate (tachylalia) and one case of apraxia were frequently observed. The lexico-semantic level reveals a tendency to use occasionalisms, metaphorization, and altered word meanings. The morphological level is characterized by the predominance of verbs, pronouns, and nouns. At the syntactic level, there is a prevalence of complex constructions with numerous subordinate clauses, incomplete and unfinished sentences that disrupt syntactic completeness. The textual level shows violations of coherence and cohesion, manifesting as word salad, logical inconsistencies between parts of the text, and semantic disjointedness. At the pragmatic level, there is a dominance of monologic speech, disruptions in dialogic structure, avoidance of direct answers, abrupt topic shifts, and a focus on the patients' inner experiences. Inter-level disorders are most commonly observed in the form of perseverations. b) Analysis of written speech indicates that some features noted in oral speech also appear in written speech. Specifically, at the lexico-semantic level, the use of inappropriate concepts, paraphasias, and metaphors is observed. Morphological analysis shows a predominance of nouns and verbs. At the syntactic level, punctuation is often absent. The textual level exhibits signs of word salad and perseveration. Graphological peculiarities in written speech include emphasizing specific words, non-standard use of capital letters, or underlining.

Special attention in the dissertation is devoted to describing the application of the free associative experiment, a key method in psycholinguistic research. The results of the experiment, conducted among 50 mentally healthy individuals and 6 female patients diagnosed with schizophrenia, revealed several significant findings. The primary language of responses in both groups was Ukrainian, although each group recorded two instances of responses in other languages. Cases of no response to stimulus words were observed in both groups. The frequency of repeated responses was notably higher among healthy respondents, while patients with schizophrenia exhibited only one repeated response. Structural analysis of the associations showed greater variability in the responses of patients with schizophrenia: single-word responses accounted for 53.97%, two-word responses for 12.63%, three-word responses for 11.11%, and sentence-length responses for 14.29%. In contrast, healthy respondents predominantly produced single-word responses (97.08%), with two-word responses at 1.82%, three-word responses at 0.91%, and sentence-length responses at only 0.18%. Part-of-speech analysis demonstrated that nouns dominated the responses in both groups but with different frequencies: 73.33% for patients and 81.98% for healthy respondents. Verbs ranked second, comprising 17.78% of responses from patients with schizophrenia and 15.45% from mentally healthy respondents. Adjectives accounted for 8.89% in the schizophrenia group and only 2.94% among healthy participants.

The dissertation also addresses key experimental-psychological studies in diagnosing mental illnesses. An algorithm for psycholinguistic identification of patients with schizophrenia was developed, consisting of four components: oral speech analysis, an associative experiment, written speech analysis, and a final stage dedicated to summarizing and analyzing the results. This process is implemented in three phases, with the fourth stage focusing on consolidating findings and drawing conclusions. This comprehensive approach not only ensures a thorough examination of the speech features of patients with schizophrenia but also significantly reduces the time required for analysis.

Moreover, the proposed algorithm confirmed the validity of the conclusions reached in our previous studies. It not only allowed for the replication of previously identified features of the speech activity of patients but also facilitated the synthesis of these findings within a unified research framework. As a result, the algorithm has become both the culminating outcome of the conducted research and a methodological foundation for future scientific and clinical developments.

The prospects of this research lie in implementing the obtained results into clinical practice, particularly for improving diagnostic approaches and rehabilitation programs with a focus on the linguistic aspect. One significant direction is the development of software for automatic speech analysis, which would enable the rapid detection of higher mental function impairments, primarily at the level of their verbal manifestations.

The findings of the study provide a foundation for further investigation of speech disorders associated with various mental illnesses, taking into account aspects such as disease stages, gender and age characteristics, linguistic background, and the sociocultural context of patients. This opens opportunities for studying speech manifestations in speakers of different languages and representatives of diverse social groups, as well as tracking the dynamics of speech across various stages of the illness.

Additionally, studying individual associative amplitude appears to be a promising direction, as it indicates the variability and specificity of cognitive processes in patients with higher mental function impairments. Furthermore, the creation of associative dictionaries for patients with mental disorders could become a valuable tool for both diagnosis and therapy.

Key words: psycholinguistics, neurolinguistics, pathopsycholinguistics, linguistic personality, speech act, oral and written speech, communication, semantics, associative experiment, higher mental functions, schizophrenia, Ukrainian language, deviation, norm, algorithm.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких оприлюднено основні наукові результати дисертації (опубліковані у фахових виданнях України):

1. Локота І. М. Особливості асоціювання хворих на параноїдну шизофренії. *Записки з українського мовознавства*. 2020. Вип. 27, С. 259-266. <https://doi.org/10.18524/2414-0627.2020.27.206548>

2. Lokota I. M. Association as a diagnostic criterion for paranoid schizophrenia. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Філологія. Соціальні комунікації*. 2021. С. 81-85. <https://doi.org/10.32838/2663-6069/2020.4-1/16>

3. Ковалевська Т. Ю., Локота І. М. Алгоритм психолінгвістичної ідентифікації мовленнєвих маркерів шизофренії. *Записки з українського мовознавства*. 2021. Вип. 28, С. 266-274. <https://doi.org/10.18524/2414-0627.2021.28.235555>

4. Локота І. М. Паузація в усному мовленні хворих на шизофренію. *Записки з українського мовознавства*. 2024. Вип. 31, С. 421-427. <https://doi.org/10.18524/2414-0627.2024.31.309461>

5. Локота І. М. Синтаксична структура речень у мовленні хворих на шизофренію: психолінгвістичний аспект. *Вісник освіти та науки. Серія: Філологія*. 2024. Вип. 10 (28). С. 379-386. [https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-10\(28\)-379-386](https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-10(28)-379-386)

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації (опубліковані тези доповідей на наукових конференціях та стаття в колективній монографії):

6. Локота І. М. Особливості мовлення хворих при параноїдній шизофренії: асоціативний аспект. *Одеська лінгвістична школа: кола реконструкцій*. Колективна монографія. За ред. Т. Ю. Ковалевської та ін. 2020. С. 449-455.

7. Локота І. М. Специфіка асоціативного мислення хворих на шизофренію. Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Євразії: матеріали XXI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Переяслав-Хмельницький, 2019. URL: <http://conferences.neasmo.org.ua/uk/art/5274>

8. Lokota. I. Verbal Suggestion: Language Metamodel Aspect. Сучасний менеджмент: моделі, стратегії, технології: матеріали XXI Всеукраїнської щорічної студентської науково-практичної конференції за міжнародною участю. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2020. С. 426-427. URL: <http://www.oridu.odessa.ua/9/buk/Stud-konf-2020.pdf>

9. Локота І. М. Особливості асоціювання при параноїдній шизофренії. Дослідження інновацій та перспективи розвитку науки і техніки у XXI столітті: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Рівне: Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, 2021. Частина II. С. 65-67. URL: https://dspace.megu.edu.ua:8443/jspui/bitstream/123456789/3293/1/megu.rovno.ua.%d0%92%d1%81%d0%b5%20%d0%bd%d0%b0%d1%83%d0%ba%d0%b8_%d0%9b%d0%b8%d1%81%d1%82%d0%be%d0%bf%d0%b0%d0%b4_2021_%d0%a7.2.pdf

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	17
Вступ	18
Розділ 1. Теоретичні засади досліджень мовленнєвих порушень	27
1.1. Психо-, нейро- та патопсихолінгвістика: предмет, завдання й основна проблематика.....	27
1.1.1. Ключові поняття психолінгвістики.....	27
1.1.2. Нейролінгвістика: сфера досліджень та актуальні питання.....	33
1.1.3. Патопсихолінгвістичний аспект вивчення мовлення.....	39
1.2. Вищі психічні функції: теорія, види та порушення.....	44
1.2.1. Розвиток теорії вищих психічних функцій.....	44
1.2.2. Типологія вищих психічних функцій і їх роль у формуванні когнітивних процесів.....	49
1.2.3. Дисфункції вищих психічних функцій: причини і вияви.....	54
Висновки до розділу 1.....	59
Розділ 2. Психолінгвістичні особливості мовлення при шизофренії	62
2.1. Концепція мовної особистості.....	62
2.2. Шизофренія як вияв патопсихолінгвістичних порушень.....	67
2.3. Особливості мовленнєвої діяльності у хворих на шизофренію.....	75
2.4. Особливості усного мовлення хворих на шизофренію.....	83
2.5. Особливості письмового мовлення хворих на шизофренію.....	114
Висновки до розділу 2.....	121
Розділ 3. Психолінгвістичне дослідження асоціювання хворих на шизофренію	125
3.1. Метод вільного асоціативного експерименту в психолінгвістичних дослідженнях.....	125
3.2. Асоціювання як діагностичний критерій при шизофренії.....	133

3.2.1. Особливості асоціювання хворих на шизофренію.....	136
3.2.2. Особливості асоціювання психічно здорових осіб	140
3.3.3. Індивідуальна амплітуда асоціювання хворих на шизофренію.....	145
3.2.4. Результати експериментального дослідження.....	150
Висновки до розділу 3.....	153
Розділ 4. Алгоритм психолінгвістичного дослідження виявив	
захворювання на шизофренію.....	160
4.1. Експериментально-психологічні дослідження при діагностуванні	
психічних захворювань.....	160
4.2. Алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію..	166
4.3. Результати застосування алгоритму психолінгвістичної ідентифікації	
виявів шизофренії	174
Висновки до розділу 4.....	196
Висновки.....	199
Список використаних джерел.....	208
Додатки.....	240

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

BAE – вільний асоціативний експеримент

ВПФ – вищі психічні функції

ЗСС – змінені стани свідомості

I – інтерв'юєр

МО – мовна особистість

МП – мовленнєві патології

П – пацієнт

РФМ – розлади функцій мислення

ХШ – хворий(-а, -і) на шизфренію

ШФ – шизофренія

ВСТУП

24 лютого 2022 року росія розпочала повномасштабну війну проти України, яка призвела до масових убивств мирного населення, руйнування інфраструктури та глобальної гуманітарної кризи. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, майже кожна п'ята людина (22%), яка пережила війну чи озброєний конфлікт, протягом наступних десяти років страждатиме від депресії, тривожного розладу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), біполярного розладу чи шизофренії [298]. Враховуючи ці данні, ВООЗ прогнозує, що близько 9,6 мільйонів українців найближчим часом можуть мати психічні розлади [298].

Психічні захворювання охоплюють широкий спектр патологій, що впливають на вищі психічні функції людини. Одним із ключових діагностичних критеріїв є зміни у мовленні пацієнта (О. Напреєнко, С. Саржевський, А. Скрипніков, Г. Сонник). Дослідження патології мовлення розвивалися на перетині медицини (Е. Блейлер, Е. Крепелін, К. Шнайдер, К. Ясперс), психології (Л. Виготський, О. Лурія, О. Леонт'єв) та лінгвістики, оскільки мовлення є не лише індикатором психічного стану, а й складною когнітивною функцією, яка відображає роботу свідомості (Дж. Лакофф, М. Жинкін, А. Ченкі, Р. Якобсон)

Діагностування психічних захворювань тому вимагає міждисциплінарного підходу. Медики, зокрема психіатри та неврологи, оцінюють мовлення як частину загальної симптоматики психічних розладів (В. Гавенко, А. Мартинюк, О. Напреєнко, С. Саржевський, А. Скрипніков, Г. Сонник). Логопеди та нейропсихологи зосереджуються на корекції й розвитку мовлення (О. Гопіченко, Є. Соботович, Р. Юрова), тоді як лінгвісти, а згодом і психолінгвісти, аналізують мовленнєві порушення для виявлення когнітивних і свідомісних збоїв (Ф. Лавиль, Е. Носенко, Ф. Рюмас, Д. Спивак) Завдяки такому міждисциплінарному підходу стало можливим глибше розуміння того, як різні психічні захворювання, зокрема шизофренія як одна з найпоширеніших психічних хвороб, впливають на

мовлення та комунікацію, а також і того, в які різноаспектні способи можна досліджувати механізми виникнення психічних захворювань, що мають довільний характер.

Мовлення людей із психічними розладами ставали предметом численних наукових розвідок: Дж. Л. Кляйнер, Е. Нілл, С. Л. Росселл, Е. Дж. Тан (мовлення при афективних і емоційних розладах, таких, як депресія та біполярний розлад); Г. Бота, Е. Васеніна, О. Левин, М. Сера (мовлення при нейродегенеративних захворюваннях: деменція, хвороба Альцгеймера); Н. Бреді, К. Касарі, К. Лорд, Х. Тагер-Флусберг (мовлення при аутизмі та розладах спектра аутизму); К. Голопорова, О. Мамічева, Ю. Немерюк, Й. Сон (мовлення при посттравматичному стресовому розладі); О. Сакс, О. Лурія, Л. Цветкова, В. Шкловський (мовлення після інсультів та травм мозку) тощо.

Активно досліджується мовлення і при шизофренії, охоплюючи різні аспекти цього розладу: загальні лінгвістичні особливості пацієнтів постають у центрі уваги Е. Чайки [154], М. Ковінгтона, Ц. Хе, К. Брауна [164], Дж. Каттінга, Д. Мерфі [166], Р. Моріса, Дж. Інгрема [235]; морфологічні та синтаксичні порушення – у працях Т. Кірхера, Т. Оха, М. Браммера [211], С. Марвела, Б. Шварца, К. Айзекса М. [225], М. Валенські, Т. Вайкерта, С. Малуфа [294], А. Тавано, С. Спонда, Ф. Фаббро [286]; порушення семантики – в розвідках Т. Каччіарі, Ф. Печіареллі, Т. Гамбероні [149], Н. Моссахеба, Г. Ашауера, С. Штеттнера [238], С. Мо, Ю. Су, Р. Чана [232]; емоційні та когнітивні аспекти мовлення цікавлять А. Коена, Н. Докерті [159], К. Мінора, К. Бонфілса, Л. Лютера [231], К. Хонга, А. Ненкова, М. Е. Марча [192]; порушення когерентності та зв'язності мовлення – Л. ДеЛісі [170], Н. Докерті, А. Коена, Т. Ніноу [174], Х. Сааведра [268], Д. Раттера [265]; порушення прагматики – М. Гааса, С. Чанса, Д. Крама [185], особливості асоціювання та реакцій - Е. Сміта [272], Б. Юхаса, Д. Чемберса, Л. Шеслера [203], Х. Сааведра [268] тощо.

Проте на сьогодні в українському мовознавстві існують переважно узагальнені відомості про цей напрям, представлені в підручниках та методичних

рекомендаціях із психолінгвістики таких авторів, як, наприклад, А. Загнітко та М. Михальченко [30]; Л. Засекіна та С. Засекін [31], Л. Калмикова [36], Л. Коваль [47], С. Куранова [62] та поодиноких працях А. Скрипник [119].

Отже, безумовна соціальна значущість проблеми захворювання на шизофренію, брак відповідних досліджень та потреба в її якнайдетальнішому науковому опрацюванні визначає **актуальність** представленої дисертаційної праці та увиразнює її відповідність сучасним науковим пріоритетам.

Зв'язок роботи з науковими програмами і темами. Дисертаційне дослідження виконано в межах наукової теми кафедри української мови та мовної підготовки іноземців Одеського національного університету імені І. І. Мечникова «Дослідження психо- і нейролінгвістичних аспектів комунікативної сугестії» (номер державної реєстрації 0124U002647). Тему дисертації затверджено Вченою радою Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (протокол № 9 від 28 травня 2019 р.).

Мета дисертаційної роботи – виявити та проаналізувати мовленнєвий комплекс хворих на шизофренію у проєкції на його психолінгвістичну природу.

Досягнення поставленої мети передбачає необхідність вирішення таких конкретних завдань:

- 1) зібрати фактичний матеріал, релевантний для комплексного психолінгвістичного аналізу;
- 2) виявити у фактичному матеріалі усного мовлення основні лексичні, морфологічні, синтаксичні, прагматичні особливості;
- 3) схарактеризувати специфіку письмового мовлення на рівні лексико-граматичних та графічних виявів осіб, хворих на шизофренію;
- 4) провести асоціативний експеримент та зафіксувати і проінтерпретувати характерні риси асоціативного фону таких пацієнтів;

5) інтегрувати отримані результати аналізу усного, письмового мовлення й асоціативного експерименту та розробити алгоритм комплексного психолінгвістичного дослідження виявів захворювання на шизофренію;

6) верифікувати доцільність та наукову об'єктивність застосування такого алгоритму;

7) узагальнити отримані результати і сформулювати практичні рекомендації щодо використання отриманого алгоритму.

Об'єктом дослідження є мовлення хворих на шизофренію (ХШ), а **предметом** – лексичні, граматичні, прагматичні особливості усного і письмового мовлення й асоціативний фон їхньої комунікації.

Фактичний матеріал. Зазначимо, що збір фактичного матеріалу для нашого дослідження був пов'язаний з доволі складними умовами, оскільки ми як експериментатори не мали права наполягати або ж вимагати від наших інформантів обов'язкової участі в наших опитуваннях з огляду на етичні норми спілкування з такими хворими та їхній стан на час опитування. Крім того, ми мали брати до уваги і те, що навіть ті пацієнти, які дали згоду, у процесі проведення опитування, могли раптово відмовитись або зосередитись на власних емоціях і переживаннях, а не на питаннях та проханнях експериментатора. Проте попри складні умови збору фактичного матеріалу, нам вдалося залучити фрагменти мовлення 18 осіб, хворих на шизофренію. З них – 2 жіночої та 2 чоловічої статі, усне мовлення яких зафіксоване протягом 2010 – 2011 років і має суто ілюстративний характер, оскільки ця інформація була зібрана ще на етапі узагальненого аналізу мовленнєвої специфіки таких пацієнтів; 3 жіночої статі, усне мовлення яких скеровано зафіксоване протягом 2014-2017 років; додатково було залучено і 2 фрагменти письмового мовлення одного пацієнта, отриманих з архівів психіатричної лікарні, оскільки пацієнти, до яких ми звернулися з проханням взяти участь у такому дослідженні, відмовилися.

Надалі мовлення 6 пацієнтів жіночої статі (прикінцеві дослідження нам дозволено було проводити саме в жіночому відділенні психіатричної лікарні

Одеської обласної психіатричної лікарні №4 (м. Білгород-Дністровський), які погодилися брати участь в комунікації з експериментатором (4 – відмовилися), було залучено до проведення основного етапу асоціативного експерименту, результатом якого стало отримання 53 реакцій на 11 стимулів, добір яких пояснено у відповідних розділах роботи; ще 5 осіб, хворих на шизофренію, з 10-х, запрошених до участі у підсумковому етапі нашого дослідження, погодилися і дали відповіді на поставлені питання та на стимульні маркери. Також у межах верифікації запропонованого в дослідженні алгоритму ідентифікації шизофренічної хвороби, зокрема на рівні асоціативних презентацій, було залучено і 50 здорових інформантів (жінки), 548 асоціативних реакцій яких стали базою для порівняльного аналізу з відповідними реакціями осіб, хворих на шизофренію. Таким чином, безпосереднім фактичним матеріалом дослідження виступають 18 фрагментів усного мовлення пацієнтів загальною тривалістю 1 година 18 хвилин; 2 фрагменти письмового мовлення пацієнта, хворого на шизофренію; 53 асоціативні реакції ХІІІ та 548 асоціативних реакцій здорових осіб. Крім того, додатково ми залучили й отриману в неочікуваний спосіб асоціативну амплітуду реакцій хворих пацієнтів, які, попри наші прохання надати одну реакцію на запропонований стимул, за власним бажанням озвучили доволі велику кількість тих асоціацій, які виникли у їхній свідомості на стимульний маркер (зафіксовано близько 170 реакцій). Ми свідомі того, що в асоціативному експерименті береться до уваги насамперед перша реакція, оскільки друга та наступні можуть продукуватися вже не стимулом, а першою реакцією. Проте вважаємо, що зафіксована нами асоціативна амплітуда пацієнтів може прислужитись у кращому розумінні природи внутрішніх семантичних зв'язків та загальних стратегій асоціювання. Тому ми не знехтували цими фактами, а додатково внесли їх до нашого дослідження.

Весь фактичний матеріал дослідження був зібраний на базі Одеської обласної психіатричної лікарні №4 протягом 2010-2019 років, зафіксований на

аудіоносії (диктофон), розшифрований та перероблений у формат, доступний для читання й аналізу.

Складність об'єкта і предмета дослідження, а також нерозробленість відповідної методологічної бази визначила необхідність застосування низки як загальнонаукових, так і спеціальних **методів**. З низки загальнонаукових – метод спостереження, за допомогою якого було зібрано і зафіксовано актуальний фактичний матеріал; кількісний метод, який допоміг встановити число випадків різнорівневих порушень мовлення та загальну динаміку аналізованого фактичного матеріалу; описовий, який ґрунтується на здійсненні загальної характеристики зібраного матеріалу; порівняльний метод уможливив з'ясування характерних особливостей мовлення здорових респондентів та хворих на шизофренію. Із спеціальних – метод вільного асоціативного експерименту, який допоміг простежити динаміку асоціативних зв'язків у свідомості хворої людини та порівняти їх із реакціями здорових респондентів для унаочнення розбіжностей; компонентний аналіз, який допоміг виявити семантичні особливості граматичних та лексичних маркерів у мовленні ХШ; контекстуально-інтерпретаційний аналіз, який являє собою сукупність процедур, спрямованих на встановлення тих семантичних змін, яких зазнає усталена семантична структура слова в певному контексті; елементи прагмалінгвістичного аналізу, застосовані для з'ясування актуальних комунікативних стратегій у мовленні пацієнтів. Також застосовуємо елементи графологічного аналізу, спрямованого на вияв особливостей письмово зафіксованого мовлення.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в українському мовознавстві запропоновано новий підхід до вивчення особливостей мовленнєвих порушень при шизофренії. Виокремлено специфічні особливості усного мовлення пацієнтів на всіх рівнях мовної системи – фонетичному, семантичному, граматичному та прагматичному. Проаналізовано також письмове мовлення хворих, що дало змогу виявити додаткові патерни у структурі та змістовій організації текстів. Крім того, встановлено асоціативний

фон сприйняття визначених слів-стимулів, що уможливило глибше розуміння зв'язків між мовленням та психічним станом пацієнтів. На підставі цих результатів вперше в українському мовознавстві розроблено алгоритм психолінгвістичного дослідження виявів захворювання на шизофренію, який може використовуватися для точнішої ідентифікації виявів хвороби та вдосконалення методів її діагностики і реабілітації.

Теоретичне значення дисертаційного дослідження полягає в тому, що узагальнення, зроблені під час роботи, можуть бути використані для подальшої розробки психо- та нейролінгвістичної проблематики. Отримані результати створюють підґрунтя для поглибленого вивчення особливостей мовлення пацієнтів із шизофренією на різних етапах перебігу хвороби, а також сприяють розвитку теорії патопсихолінгвістики в цілому. Здобуті дані можуть стати основою для майбутніх наукових розвідок і розробок, пов'язаних із діагностикою, терапією та реабілітацією пацієнтів із мовленнєвими порушеннями в контексті психічних розладів, а також прислужитись у здійсненні психологічних (психолінгвістичних) експертиз. Крім того, отримані результати також можуть поглибити положення комунікативної та сугестивної лінгвістики з огляду на встановлення специфічних інтерактивних моделей та їхніх актуальних складників.

Практичне значення дисертаційного дослідження полягає в можливості використання його результатів для розроблення й оновлення курсів із психо- і нейролінгвістики, патопсихолінгвістики, комунікативної і соціолінгвістики, нейролінгвістичного програмування, лінгвістичної експертизи тощо, а також для підготовки навчальних і навчально-методичних видань із зазначених дисциплін. Отримані дані можуть застосовуватися і при розробці лекційних і семінарських занять із сучасної української мови, зокрема в розділах із лексикології, морфології, синтаксису тощо. Крім того, результати дослідження можуть посприяти розробці ефективних методик для корекції мовлення у людей із психічними розладами, можуть бути корисними для діагностування та

розпізнавання психічних захворювань на ранніх етапах, що забезпечить своєчасне втручання та терапію, тобто можуть стати в нагоді у практиці нейро- і психолінгвістів, неврологів та ін.

Апробація матеріалів дисертації. Проміжні результати дисертаційного дослідження оприлюднювались у доповідях на всеукраїнських, міжнародних наукових та науково-практичних конференціях, семінарах, читаннях та конгресах, як-от: IV Міжнародна наукова конференція «Нова лінгвістична парадигма: теоретичні і прикладні аспекти» (Одеса, 16-17 травня 2019), XXI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії» (Переяслав-Хмельницький, 30 листопада 2019), Шості міжнародні наукові читання пам'яті члена-кореспондента НАН України Юрія Олександровича Карпенка: до 90-річчя від дня народження (1929–2009), (Одеса, 26-27 вересня 2019), XXI Всеукраїнська щорічна студентська науково-практична конференція за міжнародною участю «Сучасний менеджмент: моделі, стратегії, технології» (Одеса, 23 квітня 2020), I Міжнародний конгрес «Прикладна лінгвістика на Півдні України: здобутки і перспективи» (Одеса 22-23 вересня 2021), Міжнародна науково-практична конференція «Дослідження інновацій та перспективи розвитку науки і техніки у XXI столітті» (Рівне, 25-26 листопада 2021), Восьмі міжнародні наукові читання пам'яті члена-кореспондента НАН України Юрія Олександровича Карпенка (Одеса, 26-27 вересня 2024).

Публікації та особистий внесок здобувача. Основні результати дисертаційної роботи викладено в 9 наукових публікаціях, із них 5 – у фахових виданнях України, 1 – в колективній монографії України і 3 – тези доповідей на наукових конференціях. 8 публікації виконано одноосібно та одна у співавторстві (особистий внесок здобувача 85%).

Загальний обсяг публікацій становить 4.27 друкованих аркушів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається з анотації українською та англійською мовами, переліку умовних скорочень, списку публікацій здобувача, вступу, чотирьох розділів із висновками до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (320 позицій, із них 166 – іноземними мовами) та додатків (19 шт.). Робота містить 16 таблиць.

Загальний обсяг роботи складає 287 сторінок, із них основного тексту – 206 сторінок.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕНЬ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ

Перший розділ дисертаційного дослідження закладає теоретичне підґрунтя для аналізу мовленнєвих порушень у пацієнтів із шизофренією з кута зору психолінгвістики, нейролінгвістики та патопсихолінгвістики. У розділі розглянуто становлення цих наукових напрямів, окреслено їхні основні завдання та проблематику. Окремо проаналізовано розвиток вищих психічних функцій (ВПФ) як головного об'єкта дослідження цих наук, описано їхню класифікацію та характерні порушення.

1.1. Психо-, нейро- і патопсихолінгвістика: предмет, завдання та основна проблематика

1.1.1. Ключові питання психолінгвістики

У науку термін «психолінгвістика» увійшов у 1953 році на міждисциплінарному дослідницькому семінарі у м. Блумінгтоні (штат Індіана, США), організованому відомими американськими психологами Дж. Керроллом (J. Carroll) і Чарльзом Осгудом (Ch. Osgood), а також лінгвістом і етнографом Томасом Сібеоком (T. Sibeok). Роком пізніше у США була опублікована колективна монографія під назвою «Psycholinguistics: a survey of theory and research problems», яка й ознаменувала народження нової наукової теорії [245].

Термін «психолінгвістика» складається з двох частин: психо – спільний корінь із психологією (грец. *psyche* – душа) та лінгвістика (франц. *linguistique* від лат. *lingua* – мова) [307, с. 158]. Ця особливість дає змогу здійснювати науковий аналіз у двох вимірах: психологічному та лінгвістичному.

На сьогодні існує безліч визначень поняття «психолінгвістика». Більшість науковців схиляється до трактування, яке сформулював американський психолінгвіст Чарльз Осгуд: «Психолінгвістика – це наука, яка вивчає процеси, у яких задум мовця перетворюється на сигнали прийнятого в даній культурі коду і ці сигнали перетворюються в інтерпретації слухачів» [245, с. 4]. Іншими словами, психолінгвістика має справу з процесами кодування та декодування, оскільки вони співвідносять стан повідомлень із станом учасників комунікації. Радянський психолінгвіст О. Леонтьєв пропонував визначати психолінгвістику як науку, що «вивчає процеси мовленнєвоутворення, породження й сприймання мовлення в їх зіставленні з системою мови» [66, с. 6]. Сучасний словник лінгвістичних термінів А. Загнітко тлумачить психолінгвістику, як «1) гібридна наука (постала у ХХ ст.), що вивчає процеси мовотворення і мовотворчості, сприйняття / розуміння і формування мовлення (у тому числі й говоріння) та співвідношення цих процесів із мовною системою; 2) розділ мовознавства, що займається вивченням і моделюванням мовленнєвої діяльності людини» [307, с. 158]. Л. Калмикова формулює визначення психолінгвістики, як «наукового напрямку, що зародився на перетині двох наук – психології й лінгвістики (мовознавства) – з метою вивчення мовленнєвої діяльності людини (дитини), починаючи з етапу породження мовленнєвого висловлювання (мовлення) і закінчуючи результатом – фактом сприймання мовленнєвої продукції» [36, с. 33]. Л. Засєкіна та С. Засєкін визначають психолінгвістику як «науку про мовленнєву діяльність людей у психологічних та лінгвістичних аспектах, зокрема експериментальне дослідження психічної діяльності суб'єкта в засвоєнні та використанні мови як організованої та автономної системи. Адже значення будьякого знаку полягає, насамперед, у активізації когнітивних процесів індивіда» [31, с. 8].

Метою психолінгвістики є «дослідження розвитку й застосування мовленнєвої здатності як психічного феномена, її реалізації в механізмах породження та сприйняття мовлення у проекції на психічну діяльність людини в її соціально-культурній взаємодії та кодову систему мови» [104, с. 188].

За Л. Калмиковою, «об'єктом психолінгвістики є мова як система знаків, а предметом – процеси породження і сприймання мовних засобів (мовлення)» [36, с. 34].

Основними завданнями психолінгвістики є дослідження:

- процесів планування мовлення;
- механізмів та процесів сприйняття, інтерпретації, розуміння та породження мовлення;
- структури та системи представлення знань індивіда та стратегії їх використання для когнітивної обробки дискурсу;
- механізмів засвоєння та оволодіння мовою в ході розвитку дитини;
- проблеми білінгвізму, перекладу та механізмів оволодіння іноземною мовою [31, с. 8].

На початку свого розвитку психолінгвістика спиралась у психології на теорію біхевіоризму, засновним якої був американський психолог Джон Вотсон, де поведінка людей зводиться до поведінки механічних, машиноподібних актів у відповідь на зовнішні подразники (мовлення в моделі «стимул – реакція») [296], (та у лінгвістиці – на теорію структуралізму, ключові принципи якого, за визначенням М. Кочергана, містили: «1) утвердження синхронного дослідження мови як головного завдання мовознавства; 2) прагнення вивчити й описати факти мови передусім як особливого явмща; 3) формалізацію лінгвістичного аналізу та пошуки об'єктивних методів дослідження й опису мови; 4) структурне членування мови й поняття рівня» [56, с. 93].

У подальшому теорія, яка базувалася на поведінковому підході, викликала активну критику з боку Дж. Міллера та інших науковців, які розвивали когнітивну парадигму. Особливу роль у цьому зіграли ідеї Н. Хомського, автора трансформаційної (генеративної) граматики, у межах якої вчений розглядав мову не як набір одиниць мови та її класів, а як механізм, що створює правильні фрази [158]. Концепція мовлення передбачає чітку послідовність етапів. Як

зазначає вчений: «база (базові граматичні відношення) породжує глибинні структури. Глибинна структура подається в семантичний компонент і одержує семантичну інтерпретацію; за допомогою трансформаційних правил вона перетворюється на поверхневу структуру, якій далі дається фонетична інтерпретація за допомогою правил фонологічного компонента [158]. Саме ця наукова думка стала основою американської психолінгвістичної школи в її лінгвістичному складнику.

В Європі психолінгвістичні дослідження постали як група шкіл, які у своїх дослідженнях, окрім даних та методів лінгвістики і психології, спираються на ряд досягнень теорії комунікації і психології мови. У межах європеського напрямку сформувалися такі школи, як школа румунської лінгвістики Т. Слама-Казаку [271] в основі якої було застосування динаміко-контекстуального підходу; психолінгвістична школа, очолена французьким психологом С. Московічі [237], яка була заснована на експериментальних дослідженнях Ж. Піаже [250] (когнітивно орієнтовані дослідження); британська психолінгвістична школа на чолі з науковицею Дж. Грін, яка зосереджувалася на розмежуванні мовної здібності та мовної активності, аналізуючи когнітивні механізми породження та розуміння мовлення [111]; школа норвезького психолога Р. Ромметвейта, що орієнтувалася на дослідження мовленнєвих процесів та їх залежності від екстралінгвальних умов [264].

Об'єктом дослідження радянської психолінгвістичної школи, за словами Л. Засекіної «стала мовленнєво-мислительна діяльність, яка аналізувалася з позиції активного суб'єкта» [31, с.25]. Представниками цієї школи були Л. Виготський [13], чия ідеї культурно-історичної теорії заклали основу для розуміння зв'язку мовлення та мислення; О. Лурія, який досліджував локалізацію психічних функцій у мозку та створив підґрунтя для нейролінгвістики [73]; О. Леонтьєв, що розробив теорію мовленнєвої діяльності, зосереджену на процесах породження мовлення [66]; О. Залевська, яка займалася вивченням

мовної свідомості та мовленнєвого розвитку; Л. Сахарний, який досліджував психолінгвістичні аспекти навчання мови, та ін.

У наш час існує Міжнародна організація прикладної психолінгвістики (ISAPL – International Society of Applied Psycholinguistics). Організація займається дослідженнями прикладних аспектів психолінгвістики та спрямована на об'єднання науковців з різних країн та психолінгвістичних шкіл для вивчення взаємодії мови, мислення та комунікації, зокрема у прикладних контекстах, таких як освіта, клінічна практика, мовленнєві порушення, міжкультурна комунікація та технології [196].

Активно розвивається психолінгвістика і в Україні, зокрема в таких напрямках, як психолінгвістика соціальних комунікацій (Г. Почепцов, О. Холод), психолінгвістика художнього дискурсу (О. Кирилюк, Л. Лисиченко та її наукова школа Т. Ковальова, Т. Скорбач), нейролінгвістика (Т. Ковалевська та її наукова школа (Т. Ковалевська, О. Гогоренко, А. Кеніз), асоціативна лексикографія (Н. Бутенко, С. Мартінек), лінгвоперсонологія (А. Загнітко, Т. Космеда, А. Романченко), гендерна лінгвістика (А. Архангельська, О. Горошко, Т. Космеда та її наукова школа (Н. Карпенко, Т. Осіпова, Л. Саліонович, О. Халіман, І. Морозова, О. Тараненко), О. Холод); психолінгвістика дитячого розвитку (Т. Калмикова, Г. Новікова, Н. Харченко, І. Мисан); лінгвомемоціологія (В. Сліпецька); невербальна комунікація та її вербалізація (Т. Осіпова); психолінгвістика реклами (Т. Ковалевська, Н. Кутуза); акцентуйовані мовні особистості (Т. Куліш, В. Папіш) тощо.

Результати психолінгвістичних розвідок публікуються у періодичних виданнях «Східноєвропейський журнал психолінгвістики» (East European Journal of Psycholinguistics) [176] та «Психолінгвістика» [256]. Окрім того, в Україні започаткована Всеукраїнська асоціація психолінгвістів (ВАПЛ) [10] та створено наукову школу «Динаміка становлення проблематики психолінгвістики і лінгводидактики в контексті розвитку вітчизняної і світової науки» під керівництвом Л. Калмикової.

Розмірковуючи над методами в психолінгвістиці, Л. Засєкіна зазначає, що «значущою проблемою сучасної психолінгвістики є систематизація методів психолінгвістики» [31, с. 12]. На думку О. Холода, «серед психолінгвістичних методів частотним є експеримент та його види (наприклад, асоціативний, двофакторний, багатфакторний)» [210].

Одна з найпоширеніших класифікацій методів належить О. Леонтєву, вчений нарахує такі методи психолінгвістики, як: «1) експеримент (лінгвістичний, формувальний); 2) спостереження; 3) самоспостереження (інтроспекція)» [66, с. 73]. Іншу класифікацію запропонувала С. Куранова, яка включила до неї такі методи (методики) психолінгвістики: «1) прямий експеримент (методика семантичного шкалювання, семантичної взаємодії, завершення речень, асоціативні методики); 2) непрямі експериментальні методи (експеримент Дж. Міллера (Миллер, 1968), Ф. Сміт і Дж. Міллер (Smith & Miller, 1969), С. Ервін-Тріпп і Д. Слобін (Ervin-Tripp & Slobin, 1966)); 3) методики непрямого дослідження семантики; 4) методика компонентного аналізу; 5) метод класифікації (Миллер, 1968); 6) лінгвістичний експеримент; 7) формувальний експеримент; 8) дискурс-аналіз» [61, с. 34].

Найбільш ґрунтовно, на нашу думку, описує психолінгвістичну методологію Л. Засєкіна. Дослідниця пропонує таку класифікацію: 1) метод суб'єктивних градацій (шкал), розроблений У. Гуденафом, С. Рубінштейном та О. П. Клименком, що досліджує семантичну близькість слів однієї тематичної групи; 2) асоціативний експеримент, описаний у роботах Дж. Діза, Дж. Діксона, Дж. Хортон, О. Леонтєва та О. Брудного, який базується на підборі асоціатів до слів-стимулів; 3) метод семантичного диференціалу (СД), розроблений Ч. Осгудом, для вимірювання значення та побудови семантичних просторів; 4) метод семантичного радикалу (СР), запропонований Лурією та Виноградовою, який базується на перенесенні умовно-рефлекторної реакції між об'єктами; 5) метод підстановки або дистрибутивно-трансформаційний метод Н. Хомського, Дж. Фодора, Дж. Ката та С. Джонса, який аналізує можливість заміни слів у

контексті; 6) метод класифікацій Дж. Міллера, що вивчає внутрішні семантичні зв'язки матеріалу; 7) методи непрямого дослідження семантики, які аналізують психічні процеси (запам'ятовування, розпізнавання, переключення уваги); 8) також методи дослідження фоносемантичних характеристик, описані В. Левицьким, що аналізують особливості писемного мовлення (довжину речень, кількість службових слів тощо) [31, с. 12-13].

Отже, навіть побіжний огляд ключових аспектів психолінгвістики дає можливість зрозуміти її проблематику, актуальність та важливість для сучасної лінгвістичної науки. Одним із центральних елементів, які досліджує психолінгвістика, є взаємозв'язок між мовленням і мисленням, що безпосередньо стосується вищих психічних функцій. Розуміння цих процесів є необхідним для глибокого дослідження когнітивної діяльності людини, а також її соціалізації через мовлення.

1.1.2. Нейролінгвістика: сфера досліджень та актуальні питання

За визначенням Словника сучасної лінгвістики А. Загнітка, нейролінгвістика – «(грецьк. neuron – жила, нерв + франц. linguistique від лат. lingua – мова) – наука, що займається вивченням і відновленням порушень мовних навичок і вмінь» [306, с. 287].

Уперше термін «нейролінгвістика» був уведений у науковий дискурс у 1960-х роках завдяки дослідженням Олександра Лурії, відомого радянського нейропсихолога. Саме його праці зосередилися на ролі мозку в процесах мовленнєвої діяльності, зокрема на дослідженні афазії та інших порушень мовлення, пов'язаних із мозковими травмами. Вчений визначив нейролінгвістику як сферу науки, що «вивчає мозкові механізми мовленнєвої діяльності та ті зміни в мовленнєвих процесах, що виникають при локальних ураженнях мозку» [73, с. 3] та заклав основи для подальших досліджень нейролінгвістики,

зробивши вагомий внесок у розуміння ролі окремих частин мозку у формуванні мовлення.

Об'єктом дослідження нейролінгвістики є система мови у її взаємозв'язку з мозковими механізмами, що забезпечують процеси породження та розуміння мовлення в різноманітних ситуаціях соціальної взаємодії [303]. На початкових етапах головним предметом дослідження нейролінгвістики була мозкова природа мовленнєвої діяльності в нормальних умовах та при локалізованих ураженнях мозку, зокрема при афазіях (О. Лурія [72], Р. Якобсон [198]). Сьогодні ж нейролінгвістика вивчає також різнорівневі порушення та дефекти мовлення при дисфункціях вегетативної нервової системи, моторної та сенсорної систем, а також у змінених станах свідомості. Таким чином, предмет нейролінгвістики охоплює мозкову організацію комунікативної компетентності особистості (В. Белянін, К. Сєдов).

Проблема взаємозв'язку між мозком та мовленнєвою діяльністю бере свій початок задовго до формування сучасної нейролінгвістики як окремої наукової дисципліни. Перші спроби пов'язати конкретні ділянки мозку з мовними функціями були здійснені ще в XIX столітті, коли дослідники почали вивчати наслідки пошкоджень мозку для мовлення. Одним із таких піонерів був французький хірург П'єр Поль Брока, який у 1861 році, ґрунтуючись на випадку свого пацієнта Леборна, виявив важливу роль лівої лобової частки в артикуляції мовлення [145]. Це відкриття, разом із подальшими дослідженнями німецького невролога К. Верніке заклали основу для локалізаційної моделі мовленнєвих функцій. Згідно з цією моделлю, «зона Брока, яка знаходиться в задньому відділі нижньої лобної звивини, керує усним мовленням, тоді як зона Верніке, що розташована в першій висковій звивині, забезпечує сприйняття й розуміння усного мовлення» зазначає М. Кочерган [56, с. 189]. Доцільно зазначити, що відкриття мовленнєвих зон та їхніх функцій сприяло розвитку розуміння синтагматичних і парадигматичних аспектів мовлення, що знайшло відображення в роботах О. Лурії [72] та Р. Якобсона [198]).

Практично в цей час у лінгвістиці з'являються дослідження, спрямовані на розмежування понять «мова» та «мовлення», що стали основою для подальшого розвитку нейролінгвістики. Зокрема це праці таких видатних дослідників, як Ф. де Соссюр, І. Бодуен де Куртене, представники Празького лінгвістичного гуртка, особливо Р. Якобсон. Пізніше ці концепції доповнили роботи Н. Хомського, які дали новий імпульс для вивчення когнітивних та нейролінгвістичних аспектів мови.

Ф. де Соссюр визначає мовлення як «індивідуальний акт волі й розуміння, в якому потрібно розрізнити: 1) комбінації, за допомогою яких мовець користується мовним кодексом із метою вираження своєї особистої думки; 2) психофізичний механізм, який дає змогу йому об'єктивізувати ці комбінації. Розділяючи мову і мовлення, ми тим самим відділяємо: 1) соціальне від індивідуального; 2) суттєве від побічного і випадкового» [114, с. 52]. Концепції вченого про синтагматичні та парадигматичні зв'язки, а також теорія бінарності лінгвістичного знака заклали основи для подальших досліджень [114, с.87].

І. Бодуен де Куртене зосереджувався на функційних аспектах розрізнення «мови» та «мовлення». Його теорія фонем, де звук розглядається як змінне фізико-акустичне явище, а фонема, як пише М. Кочерган «визначається як психічний представник (конструкт) звука, що має смислорозрізнювальну функцію» [56, с. 223], лягла в основу обробки фонологічного рівня мови мозком. Учений також першим звернув увагу на важливість досліджень афазії у лінгвістичному контексті [56].

Представники Празького лінгвістичного гуртка, комбінуючи ідеї структуралізму Ф. Де Соссюра та функціоналізму Бодуена де Куртене, зробили вагомий внесок у становлення нейролінгвістики. Зокрема, важливим стало положення В. Матезіуса про темо-рематичні відношення та актуальне членування речення. Р. Якобсон, перший лінгвіст, який системно розглядав афазії, застосував структурні інструменти лінгвістики для аналізу мовленнєвих розладів, розкриваючи загальні закони мови. Дослідник також приділяв увагу

синтагматичним та парадигматичним відношенням у контексті афазії [198, с. 259].

Нарешті, значним теоретичним підґрунтям для нейролінгвістики стала трансформаційна граматики Н. Хомського. Поєднуючи універсальну граматику, антропоцентричний підхід до мови, структуралізм і дескриптивну лінгвістику, Хомський виокремив синтаксичний, фонологічний та семантичний компоненти речення. Учений запропонував концепцію трансформаційного субкомпонента, яка дає змогу простежити перехід між внутрішнім і зовнішнім мовленням, що є ключовим у нейролінгвістичних дослідженнях [157].

Сучасний стан розвитку нейролінгвістики характеризується активними дослідженнями нейрореабілітації при локалізованих ураженнях мозку (С. Лью [220], Дж. Ліпперт [221], М. Акіра [134], М. Оберхольцер [242]; комп'ютерним моделюванням мовленнєвих процесів (А. Геррі [179], Д. Гілліерт [189], М. Таненгаус [284]), вивчає нейропластичність (Б. Мор [233], М. Корінар [215], Н. Джагадіш [197], нейролінгвістичні аспекти білінгвізму (А. Маріні [223], Ф. Фаббро [177], М. Парадіс [248], Г. Гагес [194]) застосування штучного інтелекту у нейролінгвістиці (Д. Монте-Серра [234] та інші напрями.

Нейролінгвістична проблематика в Україні активно досліджується в різних наукових галузях, зокрема у логопедії (школа Є. Соботович [112] та дослідженнях змінених станів свідомості (школа Е. Носенко [82], авторознавстві та судово-лінгвістичній експертизі (Р. Благута, С. Вул, Л. Кузнеченко [11], Т. Литвин [67], Л. Свиридова [101]), лінгвогендерології (О. Горошко [23], А. Мартинюк [75], Т. Космеда [52], О. Холод [127]), лінгвопсихоакцентуації (Н. Бардіна [2], Т. Космеда [51], Т. Куліш [59], В. Папіш [87]) тощо.

Потужними є дослідження комунікативного та мовленнєвого впливу (Т. Ковалевська [41], Н. Кутуза [63], А. Кеніз [38], О. Гогоренко [130]). Так, О. Гогоренко у своїх дослідженнях наголошує на доречності застосування принципу біологічної систематики К. Ліннея для розрізнення типів і видів

комунікативного впливу, «де перше поняття охоплює переконування, сугестію, маніпулювання, що є субстратними за своєю генезою, а друге вказує на засоби, форми, характер реалізації зазначених типів» [130]. Важливо зазначити, що ці розвідки, а також наша дисертаційна праця, виконані у межах наукової теми кафедри української мови та мовної підготовки іноземців ОНУ ім. І. Мечникова – «Дослідження психо- і нейролінгвістичних аспектів комунікативної сугестії» та «Дослідження дискурсивної специфіки комунікативного впливу».

Надзвичайно актуальними стають розвідки, спрямовані на дослідження застосування нейролінгвістичного підходу до вивчення мови (С. Гузва [184], М. Давидович [169], Т. Іщук [34], Г. Труба [122]). Так, Г. Труба, наголошує, що «процес вивчення іноземної мови, і української мови як іноземної зокрема, не полягає у винятково граматичному підході, тобто викладанні сухих граматичних форм і правил. Викладання іноземної мови – це органічне поєднання класичного лінгвістичного, нейролінгвістичного, фізіологічного, психологічного, нейрофізіологічного здобутку» [122, с. 399].

На сьогодні актуальними є нейролінгвістичні дослідження мозку при шизофренії методом нейровізуалізації, що дають можливість глибше зрозуміти природу мовленнєвих порушень при цьому розладі. Так, Т. Венсінг, Е. Цієслік [297], М. Кавелті, Т. Кірхе [153], П. Самнер, І. Белл [281], Дж. Чен, Т. Венсін [156] приходять до висновку, що формальний розлад мислення (ФРМ), який є одним із ключових симптомів шизофренії, пов'язаний з порушеннями у мовленнєвій мережі мозку.

Зв'язок між ФРМ і мовленнєвою мережею мозку вказує на те, що порушена організація думок і мовлення у людей з шизофренією може походити від порушень функцій у мовленнєвих ділянках мозку. Зокрема, аномалії спостерігаються в таких областях, як префронтальна кора (ПФК), нижня лобна звивина (IFG), скронева частка та верхня скронева звивина (STG), які відіграють критичну роль у розумінні та продукуванні мовлення [297], [153]. Порушення у зв'язності та активаційних патернах цих ділянок пов'язані з наявністю та

тяжкістю ФРМ. Такі дисфункції можуть перешкоджати інтеграції та координації різних мовленнєвих процесів, що призводить до характерних дезорганізованих і незв'язних моделей мовлення при ФРМ. Дослідження Т. Вензінга визначає три кластери з порушеною активацією, пов'язаною з ФРМ: «ліва STG пов'язана з мовленнєвою та аудиторною обробкою, а два кластери в лівій задній частині середньої скроневої звивини (MTG) задіяні в семантичній обробці» [297].

Нейролінгвісти М. Альонсо-Санчес, Л. Зет-Рівера, М. Отера, Х. Портал, А. Кавієрес, П. Альфаро-Фаччо, порівнюючи групу пацієнтів з високим ризиком розвитку психозу, групу пацієнтів, з першим епізодом шизофренії та іншими психотичними розладами та групу пацієнтів із діагностованою шизофренією, приходять до висновку, що «різні рівні мови (морфологія, синтаксис, лексика) можуть включати різні ділянки мозку. Крім того, ці мовленнєві рівні не функціонують автономно, а взаємодіють між собою, і мовне значення генерується в результаті цієї взаємодії» [135].

Отже, нейролінгвістика як міждисциплінарна галузь досліджує взаємозв'язок між мовними процесами та функціями мозку, інтегруючи знання з мовознавства, психології та нейронаук. Сучасні напрями досліджень охоплюють широкий спектр питань: логопедію, дослідження змінених станів свідомості, авторознавство та судово-лінгвістичну експертизу, лінгвогендерологію, дослідження комунікативного та мовленнєвого впливу, застосування нейролінгвістичного підходу до вивчення мови тощо. Така багатогранність і здатність інтегрувати різні наукові підходи робить нейролінгвістику надзвичайно актуальною наукою, важливою для розуміння складних взаємодій між мовою, мозком і соціальним середовищем.

1.1.3. Патопсихолінгвістичний аспект вивчення мовлення

Як було зазначено у підрозділі 1.1., психолінгвістика займається такими питаннями, як онтогенез мовлення, сприйняття мови, здатність до мовленнєвої діяльності, порушення мовлення тощо. У нашій роботі ми зупинилися на детальному вивченні патологічних відхилень у формуванні та перебігу мовленнєвих процесів в умовах несформованості або розпаду особистості, тобто на патопсихолінгвістиці. Вибір теми зумовлений такими важливими чинниками:

1) мовлення є важливим показником психічного стану людини. Підтвердження цього знаходимо у класичних працях Л. Виготського, який підкреслював, що мовлення відображає психічні процеси та є ключовим для когнітивного розвитку [13]; К. Ясперса - німецький психіатр указував на важливість аналізу мовлення для розуміння психічних розладів, зокрема шизофренії [200]; К. Гольдштейн, досліджуючи афазії, зазначав, що зміни в мовленні відображають порушення психічних функцій [21] тощо;

2) попри те, що психолінгвістика має широке коло досліджень, саме патопсихолінгвістика залишається маловивченою. Оскільки вона досліджує мовлення в умовах психічних розладів, вивчення патологій мовленнєвої діяльності відкриває нові перспективи для наукових досліджень ранньої діагностики психічних розладів через аналіз мовленнєвих маркерів, розробки реабілітаційних методик, оптимізації комунікації з пацієнтами, створення алгоритмів автоматизованого аналізу мовлення тощо.

Власне патологію визначають через поняття «норми», а саме – «відхилення від норм життєдіяльності організму» [302]. За Словником сучасних лінгвістичних термінів А. Загнітка, «помилки мовленнєві – це відхилення від правила, норм стилістики (стилістичні помилки) і норм вимови, слововжитку, морфології, синтаксису, словотвору (помилки культури мовлення)» [307, с. 77]. За О. Селівановою, патологія мовлення – це «порушенням мовної здатності ч мовленнєвої діяльності, зумовленим несформованістю або розладнанням

психофізіологічних механізмів, які забезпечують засвоєння, породження й адекватне сприйняття мовленнєвих повідомлень носіями певної мови» [104, с. 688]. Понятійно-термінологічний словник Ю. Рібцун тлумачить порушення мовлення як «розлади типового мовлення розвитку у дітей або розпад вже сформованого мовлення у дорослих внаслідок негативного впливу ендогенних чи екзогенних факторів або їх поєднання» [317, с. 36].

За походженням мовленнєві порушення можуть бути пов'язані з такими чинниками, як патологія особистості; локальні ураження мозку; вроджені та набуті порушення сенсорних систем; розумова відсталість або тимчасова затримка психічного розвитку; дефекти моторного програмування мовлення [68].

Патопсихолінгвістика як самостійна наука вивчає:

- *Мовлення в стані емоційної напруженості*. Українська психологиня Е. Носенко зазначає, що до стану емоційної напруженості слід уналежнювати ті стани, які мають переважно негативний, руйнівний вплив на діяльність і визначаються психологічною сутністю цього явища. Таким чином, «емоційна напруженість» розуміється як специфічний емоційний стан, що супроводжується інтенсивними емоційними переживаннями під час мовної комунікації та сприймається індивідом як перешкода для реалізації комунікативних намірів [83].

Досліди Е. Носенко виокремили такі характерні особливості мовлення в цьому стані: 1) змінюється моторна реалізація мовлення (на відміну від звичайного мовлення людина починає говорити більш гучно або тихо, швидше або повільніше, фрази стають чіткішими або «обірванішими»); 2) відбувається значне збільшення пауз нерішучості і пошукових пауз (паузи хезитації); 3) відбуваються граматичні зміни (збільшується кількість іменників і дієслів порівняно з прикметниками та прислівниками; мова стає динамічнішою); 4) лексично мовлення стає «біднішим» (обираються найкоротші та найуживаніші слова) [83].

- *Мовлення у змінених станах свідомості (ЗСС)*. Найзмістовніше, на нашу думку, визначення цього стану сформулювала група фінських нейробіологів Анті Ревонсо, Сакарі Калліо та Пілерїна Сіккі: « – це стан несвідомих нейрокогнітивних фонових механізмів свідомості. У цьому стані фонові механізми мають тенденцію формувати викривлений зміст свідомості, як: галюцинації, марення та викривлення пам'яті. Ефекти фонових механізмів є глобальними або загальними: ЗСС є глобально викривленим станом. Стан також є лише тимчасовим і зворотним [261]. Британський невролог Олівер Сакс наголошує, що у пацієнтів з важкими неврологічними захворюваннями мова часто виявляє глибокі порушення свідомості. Ці порушення проявляються не тільки в лексиці чи граматиці, а й у самому ритмі та потоці мовлення [267].

В українському мовознавці проблема ЗСС розглядається зокрема в контексті аналізу психічних станів героїв художніх творів. Так, наприклад Ф. Бацевич описує мовленнєві вияви героїв творів Ігоря Костецького та Миколи Хвильового у ЗСС викликаних екзогенними та ендогенними впливами, невротичні та сихотичні стани тощо. Дослідник зазначає, що «саме в одивнених текстах (дискурсах) процеси смислотворення і смислосприйняття стають прозорішими для аналізу; на тлі «неправильностей», відхилень від норм (девіацій), помилок тощо увиразнюються глибоко імпліковані в мовленнєво-мисленнєвих процесах закони нормативного, «правильного», в своїй основі звичного, спілкування, смисло-, тексто- і дискурсотворення» [5, с. 8].

ЗСС ефективно досліджуються в нейролінгвістиці через аналіз мовних рефлексів у різних станах, що, на думку О. Селіванової, «дає змогу зіставити нормальні вербально-асоціативні реакції з неочікуваними, зміненими, простежити оперативну здатність лексикону, встановити вплив підсвідомого на мовлення» [104, с. 691].

У контексті вивчення ЗСС особливої уваги заслуговує Одеська школа сугестивної лінгвістики під керівництвом Т. Ковалевської, представники якої, досліджують проблеми комунікативного і мовленнєвого впливу

(Т. Ковалевська, Н. Кутуза, М. Дружинець, А. Кеніз, І. Лакомська, О. Олексюк, О. Гогоренко). Аналізуючи техніки комунікативної сугестії, Т. Ковалевська зазначає, що «у випадках вербального впливу (гіпнотичний чи атогіпнотичний вплив) виокремлюють власне сугестогенні змінені стани свідомості, фармакогенні, продуковані застосуванням психоактивних препаратів, та екзогенні – результати дії екстремальних зовнішніх умов» [43, с. 83].

- Мовлення при акцентуаціях. А. Загнітко дає визначення акцентуації як «посилення певних психічних властивостей або рис вдачі людини» [305, с. 34]. Це явище тісно пов'язане з поняттям характеру. Типові його риси, такі, як моральні, вольові, емоційні й інтелектуальні, за своєю інтенсивністю виявляються по-різному, індивідуально. У деяких людей окремі риси виражені настільки яскраво, що це робить їх оригінальними. Загостреність цих рис виявляється спонтанно, як тільки людина потрапляє в адекватні цим рисам умови. Такі умови провокують вияв загостреної реакції особистості.

Першу типологію акцентуованих особистостей запропонував Німецький психіатр К. Леонгард, виділивши 12 різновидів. Кожен із цих типів характеризується специфічною Я-концепцією, унікальними особливостями комунікації або індивідуальними поведінковими проявами [65].

Об'єктом досліджень при акцентуації стають літературні твори та мовні особистості персонажів, оскільки, як зауважує Н. Кондратенко, «психолінгвістичний аналіз семантики тексту пов'язаний з процесами його породження, сприйняття та розуміння», а когнітивний підхід передбачає вміння «з'ясувати специфіку глибинного розуміння — інтерпретації тексту» [50, с. 44].

Надзвичайно цінними вважаємо дослідження В. Папіш, присвячені мовним особистостям з акцентуаціями [87]. Дослідниця зосередилася на вивченні мовної особистості Лесі Українки [90], а також здійснила аспектуально-фрагментарний аналіз на матеріалі художніх текстів Т. Шевченка, П. Куліша, О. Кобилянської, В. Винниченка, М. Коцюбинського та І. Огієнка [87]. Окрім цього, вчена

пропонує ввести нову вокабулу «лінгвопсихоакцентуація» та дає їй таке визначення — «це відтворений у мові, мовній свідомості, мовній поведінці, тексті, дискурсі, комунікації особливий вияв загострення окремих рис характеру індивіда [87, с. 94-95].

- *Мовлення при особливих станах та захворюваннях* (хвороби Альцгеймера, Піка, синдром Корсакова, стан депресії, деменція тощо). Прикладом дослідження мовлення у стані депресії зустрічаємо у наукових розвідках В. Белянїна, Е. Тана, Е. Ніл [283], Т. Тагучі [282], Дж. Мундта [239] та ін. Досліджуючи стан депресії, В. Зубцов виділяє чотири складники цього стану: «1) емоційні прояви (туга, страждання, відчай, очікування біди, знижена оцінка 2) фізіологічні прояви депресії (порушення сну; болі та різні неприємні відчуття в тілі); 3) поведінкові прояви (уникання соціальних контактів); 4) мисленнєві прояви депресії (песимістичне бачення майбутнього без перспективи; думки про власну непотрібність)» [33, с. 79].

Спостерігаємо тенденцію до вивчення мовлення при депресії в українській психолінгвістиці, зокрема С. Ворончук досліджує лінгвістичні маркери депресії в україномовних дописах соціальної мережі Facebook [9]. О. Карпіної – комунікативу поведінку депресивної особистості [37], В. Папіш – мовну реалізацію депресії в художньому творі [89] тощо.

Дослідження мовлення при деменції наявні в розвідках О. Лурії [72], Д. Кемплера, М. Горал [207], Д. Тан-Вая, Л. Грема [285], С. Банович, Л. Зуніч та О. Сінанович [142] та ін. Досліди останніх вказують на те, що «люди з деменцією використовують менше слів, прийменникових фраз, залежних речень і більше неповних фрагментованих речень. Лексичні дефіцити, як правило, є більш складними, ніж синтаксичні дефіцити, що вказує на те, що лексика людей з деменцією більш чутлива, ніж синтаксис» [142].

Отже, патопсихолінгвістика як науковий напрям зосереджується на дослідженні мовлення в умовах психічних і фізіологічних порушень. Вона

охоплює широкий спектр питань, зокрема аналіз мовлення при емоційній напруженості, змінених станах свідомості, акцентуаціях характеру, а також при захворюваннях, таких як депресія, деменція, хвороби Альцгеймера, Піка та інші. Патопсихолінгвістика відкриває нові перспективи для ранньої діагностики, розробки реабілітаційних методик і вдосконалення комунікативної взаємодії з пацієнтами.

1.2. Вищі психічні функції: теорія, види та порушення

У цьому підрозділі аналізуються вищі психічні функції (ВПФ) як основа для розуміння когнітивних процесів, що визначають мовлення та мислення людини. Оскільки шизофренія впливає на порушення саме цих функцій, їх розгляд вбачаємо необхідним для глибшого дослідження специфіки МП при психічних захворюваннях.

За визначенням О. Лурії «Вищі психічні функції людини з кута зору сучасної психології являють собою складні рефлекторні процеси, соціальні за своїм походженням, опосередковані за своєю будовою і свідомі, довільні за способом свого функціонування» [72, с. 29]. Відповідно до теорії Л. Виготського, ВПФ не є вродженими і розвиваються в процесі соціалізації та індивідуального досвіду, використовуючи інструментально-знакові системи, такі, як мова [13].

1.2.1. Розвиток теорії вищих психічних функцій

Історія вчень про вищі психічні функції розпочалася ще з класичних філософських теорій. Платон у Державі описував душу як гармонійну взаємодію трьох частин: розумної, афективної та апетитивної, де розумна частина відповідає за пізнання істини [93]. Арістотель розглядав мислення як вищий рівень психічної діяльності, що вирізняє людину серед живих істот [1]. Однак у цих ранніх

підходах переважали міркування, які не мали у своїй основі емпіричної бази для вивчення конкретних механізмів функціонування розуму.

Епоха Просвітництва стала епохою розвитку науки. Філософи та психологи намагалися систематизувати знання про психіку. Рене Декарт у своїх дослідженнях відокремив психіку від тіла, стверджуючи, що свідомість і мислення належать до сфери «розумової речі», пояснюючи її як «річ, яка сумнівається, пізнає, стверджує, заперечує, бажає або не бажає, а також уявляє й відчуває» [24, с. 30]. Д. Сепетий зазначає, що поняття «мислення» у Декарта «охоплює не лише те, що ми звикли називати мисленням, але й уяву, волю, відчуття» [106]. Так, підходи Декарта до дуалізму вплинули на подальші дослідження вищих психічних функцій, зокрема у питанні, як розум взаємодіє з тілом і мозком.

Початок систематичного вивчення психічних функцій припадає на кінець XIX століття. Французький психолог Альфред Біне розробив перші тести для вимірювання інтелекту та розумових здібностей, що становить снову сучасної когнітивної психології [262]. Учений стверджував, що розумові процеси можуть бути кількісно виміряні та проаналізовані. Ю. Кушнір, розмірковуючи над значенням відкриття вченого, наголошує, що «заслуга А. Біне в тому, що він досліджував вищі психічні функції людини – пам'ять, уяву, логічне мислення» [97, с. 34].

Ключовий прорив у розумінні вищих психічних функцій відбувся у першій половині XX століття завдяки працям вище згаданого Лева Виготського. Його культурно-історична теорія стала новаторською у підході до вивчення ВПФ і підкреслювала важливість соціального та культурного контексту у формуванні цих функцій [13]. Л. Виготський стверджував, що вищі психічні функції мають культурно-знакове походження та формуються у процесі опосередкованої соціальної взаємодії. Основним механізмом цього розвитку є використання знакових систем, особливо мови, яка стає внутрішнім інструментом регуляції психічної діяльності: «Знаки, значення яких в історії культурного розвитку

людини нам здається таким важливим (як показує історія їхнього розвитку), спочатку є засобами зв'язку, засобами впливу на інших. Будь-який знак, якщо взяти його реальне походження, є засобом зв'язку, і ми могли б сказати ширше — засобом зв'язку певних психічних функцій соціального характеру. Перенесений на себе, він є тим самим засобом з'єднання функцій у самому собі, і ми зможемо показати, що без цього знака мозок і первинні зв'язки не можуть увійти в ті складні відносини, у які вони вступають завдяки мовленню» [15, с. 166].

Однією з основних ідей Л. Виготського є принцип, згідно з яким усі вищі психічні функції мають соціальне походження. Вчений зазначає, що «засоби соціальних зв'язків і є основними засобами для формування тих складних психологічних зв'язків, які виникають, коли ці функції стають індивідуальними функціями» [15, с. 166]. Л. Виготський також підкреслює, що «будь-яка функція у культурному розвитку дитини з'являється на сцені двічі, у двох планах — спочатку соціальному, потім психологічному; спочатку як форма співробітництва між людьми, як категорія колективна, інтерпсихічна, потім як засіб індивідуальної поведінки, як категорія інтрапсихічна. Це загальний закон для побудови всіх вищих психічних функцій» [15, с. 223]. Цей підхід здійснив вагомий вплив на розвиток психологічної науки, а особливо в контексті педагогіки та теорії навчання.

Теорія Л. Виготського також окреслює поняття «зони найближчого розвитку», яка описує відстань між актуальним рівнем розвитку дитини та рівнем, якого вона може досягти через підтримку та допомогу інших. Учений образно пояснював, що «зона найближчого розвитку визначає функції, ще незрілі, але на шляху до процесу дозрівання, функції, які можна назвати не плодами, а бруньками розвитку, квітами розвитку» [12, с. 42].

Ця концепція знайшла своє підтвердження в сучасних дослідженнях, які підкреслюють важливість взаємодії між дорослими та дітьми в процесі когнітивного розвитку. На основі цієї ідеї американський психолог і педагог

Джером Брунер розробив концепцію «скафолдингу». Сутність концепції дослідник П. Бенсон визначає через метафору: «Скафолдинг – це фактично міст від того, що учні вже знають, до того, що вони ще не знають. Якщо скафолдингом керувати належним чином, він діятиме як активатор, а не як блокатор» [144].

На думку М. Варій, дослідження Л. Виготського «істотно розширили наукову сферу психології, яка постала як система психічних функцій, що має особливу історію. Вищий, властивий людині рівень розвитку цієї системи (для якого характерні свідомість, смислова організація, довільність) виникає в процесі входження особистості у світ культури» [7, с. 345].

М. Бахтін, який працював у подібному напрямі в галузі лінгвістики, також висловлював ідеї про соціальну природу мовлення як засобу регуляції думки та дії. Учений стверджував, що «будь-яке висловлювання діалогічно, тобто адресовано іншим, бере участь у процесі вільного і рівноправного обміну думками з іншими» [3, с. 213]. Це доповнює культурно-історичний підхід Л. Виготського, поширюючи його на лінгвістичні та комунікативні аспекти вищих психічних функцій.

О. Лурія, учень Л. Виготського, зробив значний внесок у нейропсихологічні дослідження ВПФ. О. Лурія розробив теорію функціональних систем мозку, згідно з якою кожна вища психічна функція реалізується через складну взаємодію кількох мозкових структур [72]. Як зазначає А. Османова, «О. Лурія зумів показати на клінічному матеріалі, що кожна психічна функція може бути пов'язана з роботою різних ділянок мозку, які організуються в систему; ця система і забезпечує роботу тієї чи іншої психічної функції» [86, с. 65].

Подальший розвиток теорії вищих психічних функцій розвинувся у багатьох напрямках, зокрема: питання локалізації вищих психічних функцій (О. Лурія, Е. Хомська, І. Хазін, Д. Гарсія) пам'ять та навчання (Р. Адольфс, А. Беддлі, П. Кандел, Д. Меєр, Б. Мілнер, Г. Оджеманн, Л. Сквайр, Е. Тулвінг), виконавчі функції та дослідження лобних ділянок мозку (Дж. Альварес, А. Арон,

Е. Еморі, А. Міяке, Р. Полдрак, М. Познер, Д. Стасс), теорія розуму та соціальне пізнання (Ж. Десеті, Е. Кальбе, Дж. Калл, Н. Канвішер, К. Ламм, Р. Сакс, М. Томаселло), мовлення та нейронні механізми (Г. Маркус, А.П. Монако, Д. Ньюбері, Х. Рабагліаті, М. Ройтер, Т. Фітч) тощо.

В Україні розвиток теорії вищих психічних функцій пов'язаний із діяльністю Харківської психологічної школи, представниками якої були радянські та українські вчені: О. Лурія, О. Леонт'єв, О. Запорожець, М. Лебединський, Л. Божович, П. Гальперін, П. Зінченко, В. Аснін, Р. Луков, К. Хоменко, Г. Середа, С. Бочарова та інші. Дослідники продовжували розвивати ідеї Л. Виготського, зосередивши свої дослідження на питаннях психології розвитку та пам'яті.

Зокрема П. Зінченко досліджував мимовільне запам'ятовування та роль місця матеріалу в структурі дії для підвищення його ефективності. Учений також розробив нову теорію пам'яті, у якій пам'ять визначається як механізм системної організації досвіду, необхідний для подальшої діяльності, і виокремив її функції: часової організації елементів та змістового фільтра за їхньою значущістю [32]. Г. Середа запропонував гіпотезу про футурогенну природу пам'яті, згідно з якою запам'ятовування визначається майбутніми цілями, а фільтрація результатів діяльності здійснюється відповідно до стратегічних завдань. Він також довів єдність природи короточасного та довготривалого запам'ятовування і їхню залежність від організації дій, а ще започаткував дослідження взаємозв'язку між пам'яттю та особистістю [107].

Отже, історія розвитку теорії вищих психічних функцій є складною та багатогранною. Від класичних філософських міркувань до сучасних когнітивно-нейробіологічних досліджень, вона демонструє еволюцію наукових підходів до розуміння когнітивних процесів, які лежать в основі людського мислення, свідомості та соціальної взаємодії.

У наступному підрозділі пропонуємо здійснити побіжний огляд основних вищих психічних функцій, розглянути їхні ключові поняття та механізми формування, а також проаналізувати їхню роль у забезпеченні когнітивної діяльності й регуляції поведінки людини.

1.2.2. Типологія вищих психічних функцій і їх роль у формуванні когнітивних процесів

На сьогодні залишається дискусійним питання типології вищих психічних функцій. Зокрема Л. Виготський, зосереджуючись на розвитку та соціальному походженні опосередкованості функцій, у дослідженні «Історія розвитку вищих психічних функцій» згадує «словесне мислення, логічну пам'ять, формування понять, довільну увагу, волю тощо» [15, с. 28]. О. Лурія, зосереджуючись на локалізації ВПФ вважав, що під ВПФ можна розуміти «широкий діапазон явищ, починаючи від відносно елементарних процесів сприйняття та руху і закінчуючи складними системами мовленнєвих зв'язків, що формуються у процесі навчання та вищих форм інтелектуальної діяльності» [72, с. 34]. Л. Герасименко, досліджуючи когнітивні порушення при шизофренії наголошує, що у пацієнтів з таким діагнозом визначають «недостатність вищих психічних функцій — пам'яті, уваги, мислення, мовлення та волі» [19].

З огляду на це та з метою отримати комплексне уявлення про перебіг порушень ВПФ при шизофренії, ми вирішили зробити огляд визначень, основних понять та ролі таких ВПФ для людини.

За визначенням Словника сучасної лінгвістики А. Загнітка, пам'ять – це «розумова діяльність, що забезпечує здатність до накопичення і відтворення інформації; у комунікації – процес зберігання сприйнятої інформації для подальшого її використання у спілкуванні, конкретних діях тощо» [307, с. 10].

Американські психологи Річард Аткинсон і Річард Шиффрін розробили модель багатокomпонентної пам'яті (Atkinson-Shiffrin Model), яка була представлена в 1968 році. Вона містить три основні етапи пам'яті:

- сенсорна пам'ять: зберігає інформацію, отриману через органи чуття, на дуже короткий час (менше секунди для зорової інформації). Наприклад, зоровий (іконічний) або слуховий (ехоїчний) слід.

- короткочасна пам'ять: зберігає інформацію на кілька секунд або хвилин. Обмежена за обсягом (зазвичай 7 ± 2 елементи, за дослідженнями Міллера). Інформація може бути втрачена через інтерференцію або забування.

- довготривала пам'ять: містить інформацію, яка зберігається протягом тривалого часу, від годин до десятиліть. Практично необмежена за обсягом [138].

Л. Виготський, досліджуючи явище пам'яті у ранньому дитинстві зазначає, що «пам'ять є домінуючою функцією, яка визначає певний тип мислення, а перехід до абстрактного мислення призводить до іншого типу запам'ятовування» [14].

Наступною є увага. За визначенням Психологічного словника В. Синявського та О. Сергєєнкової, увага — це «форма психічної діяльності, що проявляється в переважній спрямованості свідомості людини на визначений об'єкт чи явище при одночасному абстрагуванні від інших, в результаті чого вони відображаються повніше, чіткіше глибше ніж інші» [314, с. 314]. Словник Сучасної лінгвістики А. Загнітка визначає увагу « – у психолінгвістиці – психологічний стан, який характеризує інтенсивність пізнавальної діяльності та міру зосередженості свідомості на певному об'єкті протягом певного часу» [308, с. 64].

О. Лурія у своїх наукових дослідженнях розглядав увагу як фактор, що забезпечує селективність перебігу будь-яких психічних процесів (як пізнавальних, так і афективно-вольових), і класифікував її за такими формами:

- сенсорна увага (зорова, слухова, тактильна та ін.);

- рухова увага (залучення моторних процесів, їх свідомість та регуляція);
- емоціональна увага (тісно пов'язана з процесами пам'яті, реакція на яскравий емоціональний окрас);
- інтелектуальна увага (залучення мисленнєвої операції та інтелектуальної діяльності) [72].

Т. Партико наголошує, що для людини увага виконує важливі функції в її життєдіяльності, а саме «забезпечує зосередженість психічних процесів та станів; сприяє цілеспрямованому відбору інформації; забезпечує ефективне функціонування інших психічних процесів та станів; активізує потрібні і гальмує непотрібні в даний момент психічні явища; сприяє взаєморозумінню між людьми» [91, с. 300].

Мислення – «1) діяльність центральної нервової системи, спрямована на пізнання реалій навколишнього або уявного світу; 2) процес пізнавальної діяльності індивіда, що виявляється у відображенні дійсності і здатності мислити і розмірковувати, робити розумові висновки; виникає, формується та розвивається в суспільстві» [306, с. 67]. Мислення дає змогу людині створювати нові знання на основі вже наявної інформації та попереднього досвіду. Як зазначав Л. Виготський «мислення є опосередкованим процесом, що розвивається завдяки соціальній взаємодії та використанню мовлення» [13, с. 101].

До основних форм мислення належать: «аналіз, синтез, порівняння, умовивід, класифікація, судження, аналогія, узагальнення» [314, с. 162]. Залежно від рівня абстракції та завдань, які виконує людина, мислення може бути:

- конкретне: об'єктом аналізу якого є реальні події або речі;
- абстрактне: коли мислення оперує загальними ідеями або концепціями, що не мають конкретної фізичної форми [293];
- критичне мислення: містить аналіз та оцінку інформації з метою виявлення її достовірності та корисності [249].

Найгрунтовніше, на нашу думку поняття мовлення окреслено в Сучасному словнику лінгвістичних термінів А. Загнітка: «1) діяльність людини, яка використовує мову для спілкування, вираження емоцій, вираження думок, для планування своїх дій ... ; 2) системне утворення мовленнєвої діяльності, що характеризується спільними закономірностями мовленнєвого спілкування, усталеними у певному колективі зразками мовленнєвої поведінки; 3) постійно повторюваний процес спілкування однією мовою (процес говоріння, мовленнєва діяльність – їхня результативність (фіксований витвір, зафіксований пам'яттю / на письмі); 4) реалізація мови-коду, один із модусів існування людської мови (поряд з мовою і комунікацією)... ; 5) конкретно застосована мова; засоби спілкування в їх реалізації. Процес добору і використання засобів мови для спілкування з іншими членами певного мовного колективу; 6) результат мовленнєвих дій, виражений у текстах» [306, с. 232-233].

Отже, мовлення є основним засобом комунікації та відіграє центральну роль у когнітивному розвитку особистості. Мовлення дає змогу організувати думки, передавати знання та здійснювати соціальні взаємодії.

О. Лурія досліджував нейропсихологічні механізми мовлення та дійшов висновку, що порушення мовленнєвих функцій можуть суттєво вплинути на інші когнітивні процеси, такі, як пам'ять, мислення та увага [73]. Дослідження Н. Хомського показали, що людина володіє вродженою здатністю до опанування мовлення через «універсальну граматику», що дає змогу їй опанувати мову в ранньому дитинстві [158].

Отже, мовлення бере участь у регуляції когнітивних процесів, комунікації та соціалізації, а також у створенні та збереженні знань.

За визначенням М. Варій, воля – «1) остання стадія в оволодінні людиною власними процесами, а саме в опануванні власним мотиваційним процесом; 2) це довільне створення спонукання до дії через суб'єктивний мотив [7, с. 604]». Воля забезпечує саморегуляцію та контроль за імпульсами й емоціями, що дає

змогу людині діяти в умовах зовнішніх або внутрішніх труднощів. Л. Виготський вважав, що воля є центральною складовою частиною свідомої саморегуляції, оскільки вона дає змогу людині долати перешкоди на шляху до мети та «поширюється як на пізнане, так і на непізнане, визначаючи своїми рішеннями всю долю духовного та тілесного життя людини» [13, с. 226].

О. Лурія підкреслював роль лобових долей мозку у здійсненні вольових актів. Він зазначав, що пошкодження лобових зон може призвести до серйозних порушень у здатності до планування та виконання вольових дій [73]. Сучасні дослідження Е. Міллер та Дж. Коена також підтверджують важливість префронтальної кори для вольової регуляції, що особливо виявляється у здатності до відтермінованого задоволення і довгострокового планування [228].

Так, воля є ключовою у свідомій регуляції поведінки, подоланні перешкод і досягненні складних завдань. Вона також забезпечує здатність людини приймати рішення та контролювати свої дії навіть у несприятливих умовах.

Отже, вищі психічні функції, такі, як увага, пам'ять, мислення, мовлення та воля, є основою свідомої діяльності людини. Увага забезпечує вибіркочку зосередженість на важливих об'єктах, пам'ять дає змогу зберігати і відтворювати інформацію, мислення допомагає аналізувати факти та розв'язувати проблеми, мовлення є ключовим інструментом для комунікації та організації думок, а воля забезпечує саморегуляцію та досягнення поставлених цілей. Кожна із цих функцій відіграє важливу роль у когнітивних процесах, впливаючи на загальну діяльність і поведінку людини.

Вищі психічні функції, будучи складними когнітивними механізмами, взаємодіють між собою, забезпечуючи узгодженість мислення, мовлення та свідомої діяльності. Проте, будь-які порушення в цих функціях можуть призвести до суттєвих когнітивних дисфункцій, що часто спостерігаються при психічних розладах та ураженнях мозку. Ці дисфункції можуть виявлятися на різних рівнях

— від незначних відхилень у когнітивній продуктивності до серйозних порушень, що суттєво впливають на якість життя пацієнтів.

1.2.3. Дисфункції вищих психічних функцій: причини і вияви

З огляду на попередній підрозділ, пропонуємо зробити огляд найпоширеніших синдромів, станів, захворювань тощо при порушенні ВПФ з метою формування основ для подальшого аналізу та інтерпретації отриманих результатів дисертаційного дослідження.

Першою розглянемо пам'ять. В. Чугунов зазначає, що «в цілому при порушеннях пам'яті йдеться про порушення збереження, пошуку і встановлення функціональних зв'язків між різними кодами інформації про події та об'єкт» [128]. Одним з найяскравіших прикладів порушення пам'яті є амнезія. За визначенням Сучасного словника лінгвістики, – це «у психолінгвістиці – порушення пам'яті, що виникає при локальних ушкодженнях головного мозку» [305, с. 41]. О. Напрєєнко додатково вказує, що амнезія може бути в наслідок «хронічного алкоголізму, після втрати чи потьмарення свідомості» [80, с. 89].

Цей патологічний стан може бути, як зазначає О. Кокун, «ретроградним, порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною; антероградним, який виявляється у труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості; антероретроградним – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості» [49, с. 24].

Американський нейропсихолог Л. Сквайр досліджував роль гіпокампу у формуванні пам'яті, зокрема на прикладі пацієнта Г.М., який після видалення медіальної скроневої частки втратив здатність формувати нові довготривалі спогади (антероградна амнезія), хоча старі спогади залишилися [276]. Цей

випадок став ключовим доказом того, що гіпокамп відіграє критичну роль у консолідації нових спогадів, декларативній пам'яті і що, на нашу думку, підтверджує дослідження О. Лурії, спрямові на локалізацію ВПФ.

Порушення пам'ять спостерігається і при шизофренії. Так Ю. Го, Дж. Рагланд та К. Картер, досліджуючи область у префронтальній корі головного мозку хворих, приходять до висновку, що «пацієнти із шизофренією демонструють помітні дефіцити в деяких аспектах епізодичної пам'яті, тоді як інші аспекти збережені, що є закономірністю вибіркового дефіцитів, які спостерігаються в ряді когнітивних областей, включаючи увагу, оперативну пам'ять і когнітивні функції» [183].

Щодо порушень уваги, А. Османова зазначає, що «у психіатрії окремі симптоми порушення уваги, як правило, не виокремлюють, проте в процесі клінічного обстеження нездатність зосередитися, неухважність людини завжди відзначається в рамках визначення психопатологічних синдромів» [86, с. 99]. Нижче наведемо приклади деяких синдромів і клінічних виявів, пов'язаних із порушенням такого виду ВПФ.

А. Мартинюк виокремлює такі види патології уваги: «1) слабкість активної уваги (характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астеничних станів); 2) підвищена зосередженість уваги (спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; 3) відвертання уваги (характерний симптом маніакальних станів, коли переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища)» [76, с. 44].

Найпоширенішою формою порушення уваги є синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). В. Годлевська доводить, що «порушення уваги зустрічаються в усіх дітей із СДУГ і мають такі прояви: нездатність сконцентруватися тривалий час на будь-якому занятті, недолік пильності, порушення підтримки і присутності» [20].

Порушення уваги є поширеним наслідком інсультів та черепно-мозкових травм. Так, американський психолог М. Поснер у своїх дослідженнях наголошує, що пошкодження парієтальних або фронтальних ділянок мозку спричиняють серйозний дефіцит селективної уваги та когнітивного контролю. Такі пацієнти часто стикаються з труднощами у розумінні інструкцій або виконанні завдань, які потребують когнітивної гнучкості, що суттєво ускладнює їхнє повсякденне функціонування [254].

Розлади уваги спостерігають також при шизофренії, як зазначає О. Напрєєнко, «хворі зосереджується на патологічних переживаннях (галюцинації, нав'язливі стани, маячні ідеї). В окремих випадках шизофренія супроводжується й загальним ослабленням уваги, її відволіканням, загальмованістю» [80, с. 92].

Наступною ВПФ є мислення. С. Саржевський наголошує, що через різноманіття та складність форм мислення, «розлади цього процесу є однією з найпоширеніших патологій у психіатрії» [100, с. 5]. Як один із варіантів, учений пропонує звернути увагу на вияви порушень мислення, які детально аналізували М. Банщиков зі співавторами. Так розрізняють розлади мислення «у зв'язку з патологією асоціативного процесу і суджень. Розлади мислення, які відносяться до першої групи, вони поділяють на патологію по темпу течії асоціативного процесу, порушення стрункості його течії (розірваність, незв'язність, паралогічне мислення) і цілеспрямованості (грунтовне детальне, персеверативне, символічне, аутистичне мислення)» [100, с. 5].

Класичним прикладом патології, пов'язаної з порушенням мислення, є шизофренія. Приміром, В. Гавенко зазначає, що такі дисфункції характеризуються «втратою логічного зв'язку між думками — розщеплення, паралогічність суджень» [16, с. 284]. Також на думку вченого, «розщеплення мислення проявляється також у суперечливих судженнях, подвійному орієнтуванні. Так, хворий заявляє: "Я здоровий, коли ви мене вилікуєте?", вважає, що перебуває у в'язниці, і в той самий час визнає, що він у клініці. У разі

тривалого перебігу захворювання може спостерігатися повний розпад мислення й мови, внаслідок чого порушуються не тільки їх смислові, а також синтаксичні й граматичні закони — «словесна окрошка» [16, с. 284]. У цих визначеннях нашу увагу одразу привертає тісний взаємозв'язок між мисленням та мовленням, на який звертали увагу такі дослідники, як от О. Лурія та Е. Крепелін, підкреслюючи, що порушення мислення закономірно відображаються у структурі та функціях мовлення.

Іншим прикладом порушення мислення є деменція. Згідно з визначенням Сучасного словника психологічних термінів В. Шагара, деменція – «це (від лат. *dementia* — слабоумство) — слабоумство як наслідок недорозвинення або атрофії вищих психічних функцій. Деменція первинна — недорозвиненість інтелекту від спадкоємної хвороби, уроджених факторів, що ушкоджують, або прикращів раннього періоду розвитку дитини. Деменція вторинна — наслідок атрофії психічних функцій через відсутність вправи, емоційного підкріплення або від впливу постійних факторів, що ушкоджують,— соціальних, вікових, лікарських, хворобливих» [332, с. 88]. О. Козьолкін вказує, що «часто спостерігається порушення критичності мислення. Мислення хворих не є конкретним, оскільки не опирається на досвід, і в той же час не відноситься до абстрактного зважаючи на відсутність узагальнення» [48, с. 18] та називає мислення таких пацієнтів «непродуктивним».

Мовлення є важливою вищою психічною функцією, яка дає змогу людині спілкуватися, регулювати свої думки та комунікувати з іншими. А Мартинюк викоремлює такі основні порушення мовлення: «1) порушення розвитку мовлення; 2) розпад мовлення; 3) порушення вимовної функції мовлення; 4) порушення ритму мовлення; 5) порушення комунікативної функції мовлення» [76, с. 50].

МП найяскравіше представлені у вигляді афазій та дизартрій.

Афазія, згідно Словника сучасної лінгвістики А. Загнітка, - це «(грецьк. *aphasia*, де *a* – заперечний префікс і *phasis* – висловлення) – у психолінгвістиці – мовленнєвий розлад, зумовлений ураженням певних зон головного мозку (здебільшого лівої півкулі). Афазія належить до актуальних питань прикладної лінгвістики, зокрема психолінгвістики, нейропсихолінгвістики» [305, с. 78]. Афазія є одним із найпоширеніших порушень мовлення, що виникає внаслідок пошкодження мовленнєвих центрів мозку. Згідно з дослідженнями О. Лурії, афазія може бути моторною (порушення мовленнєвої продукції) або сенсорною (порушення розуміння мови), залежно від того, яка частина мозку постраждала [72]. Пацієнти з моторною афазією, зумовленою ушкодженням зони Брока, мають труднощі з висловленням думок, тоді як пацієнти із сенсорною афазією, спричиненою ушкодженням зони Верніке, не можуть адекватно розуміти мову [72].

За визначенням Сучасного словника психологічних термінів В. Шагар, дизартрія — «це розлад мовлення, що виражається в утрудненій вимові окремих слів, складів і звуків» [318, с. 92]. Пацієнти з дизартрією мають труднощі з контролем м'язів, необхідних для чіткого вимовляння слів. Детальну розвідку щодо дизартрії описала група американських нейропсихологів та логопедів Ф. Дарлі, А. Аронсон та Дж. Браун у книзі «*Motor Speech Disorders*». Вчені також роблять висновок про те, що дизартрія є поширеним наслідком хвороби Паркінсона та бічного аміотрофічного склерозу [167].

Воля та виконавчі функції відіграють важливу роль у регуляції поведінки, плануванні та досягненні цілей. Як зазначає Г. Сонник, «вольові порушення можуть проявлятися як на рівні потягів до діяльності й усвідомлення мети, так і на рівні прийняття рішення та відповідної поведінки на всіх етапах вольового акту» [80, с. 61].

Порушення волі часто спостерігаються при ураженнях лобних долей мозку, які відповідають за когнітивний контроль. Так, у пацієнтів із пошкодженням лобних долей мозку спостерігаються порушення виконавчих функцій,

включаючи труднощі з плануванням, імпульсивність і дефіцит саморегуляції. О. Лурія описав такі порушення як результат ушкодження лобної частки, що відповідає за організацію та контроль поведінки [72].

Також зниження вольової активності характерне для пацієнтів у депресивному стані та з шизофренією. Л. Федосова відзначає, що «у таких хворих спостерігається зниження спонукань, потягів і бажань. Моторика, міміка, пантоміміка, жестикуляція збіднені. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до самотності» [123, с. 66].

Отже, вивчення порушень вищих психічних функцій дає змогу глибше зрозуміти природу когнітивних розладів і їхній вплив на мовлення та мислення людини. Особливий інтерес становить дослідження МП у контексті психічних захворювань, що відкриває шлях до нових наукових підходів. У цьому контексті важливу роль відіграє патопсихолінгвістика — наука, яка зосереджена на вивченні мовлення при психічних розладах. Наступний розділ буде присвячений саме патопсихолінгвістичному аспекту, який дає змогу детально дослідити специфіку МП у пацієнтів із різними патологіями.

Одним із найбільш показових психічних розладів, де проявляються суттєві зміни у мовленні та мисленні, є шизофренія. У наступному розділі ми детально проаналізуємо мовленнєві порушення, характерні для пацієнтів із шизофренією, з урахуванням їх когнітивних та комунікативних особливостей.

Висновки до розділу 1

Мовленнєві порушення у пацієнтів із психічними розладами, зокрема шизофренією, пояснюється інтеграцією знань із психо-, нейро- та патопсихолінгвістики, що дає змогу комплексно досліджувати вплив когнітивних і нейрофізіологічних факторів на мовленнєву діяльність. Психолінгвістика розглядає мовлення як складний когнітивний феномен, що залежить від

механізмів кодування та декодування. Формальні моделі пояснюють структуру і породження мовлення, сучасні ж психолінгвістичні методи дають змогу досліджувати мовлення як у здорових, так і у людей з порушеннями вищих психічних функцій (ВПФ).

Нейролінгвістика додає важливі знання про те, як мовленнєва діяльність мозку пов'язана з конкретними анатомічними структурами. Дослідження О. Лурії демонструють зв'язок між ураженням мовленнєвих зон мозку, таких, як зона Брока і зона Верніке, та відповідними типами афазій. Порушення мовленнєвих мереж, зокрема у префронтальній корі, скроневих частках і нижній лобній звивині, впливають на дезорганізацію мовлення, що виявляється і при шизофренії.

Патопсихолінгвістика як наукова дисципліна досліджує мовлення у контексті психічних та фізіологічних порушень. Вона охоплює різноманітні аспекти, включаючи аналіз мовленнєвих особливостей під час емоційного напруження, змінених станів свідомості, акцентуацій характеру, а також при таких захворюваннях, як депресія, деменція, хвороба Альцгеймера, Піка та інших.

Вищі психічні функції, такі, як увага, пам'ять, мислення, мовлення та воля, утворюють базу для розуміння механізмів мовлення. Згідно з теорією Л. Виготського, ці функції розвиваються у процесі соціалізації та взаємодії зі знаковими системами, зокрема мовою. Порушення ВПФ при шизофренії призводять насамперед до дезорганізації мислення та мовлення, що ускладнює комунікацію та саморегуляцію людей із психічними захворюваннями.

Таким чином, аналіз психолінгвістичних, нейролінгвістичних і патопсихолінгвістичних підходів дає змогу глибше зрозуміти механізми мовленнєвих порушень при психічних розладах і окреслює можливі шляхи для розробки нових методів діагностики та терапії.

Зважаючи на важливість дослідження мовлення у пацієнтів із шизофренією, наступний розділ буде присвячений аналізу специфіки мовленнєвої поведінки в контексті цього психічного захворювання. Такий підхід дає змогу поєднати теоретичні засади патопсихолінгвістики із практичним вивченням виявів розладу на різних рівнях мовної системи.

РОЗДІЛ II. ПСИХОЛІНГВІСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Другий розділ дисертаційного дослідження присвячено розгляду поняття мовної особистості, зокрема мовних особистостей із патологічним мовленням, а саме хворих на шизофренію. У розділі здійснено аналіз наукових досліджень особливостей усного та письмового мовлення пацієнтів із шизофренією. У практичній частині розділу проведено комплексний аналіз фрагментів мовлення таких пацієнтів, зокрема на фонетичному, лексичному, синтаксичному та прагматичному рівнях, що дало змогу систематизувати мовленнєві порушення за рівнями мови та визначити їх специфічні ознаки.

2.1. Концепція мовної особистості

У сучасному мовознавстві в межах психолінгвістичної проблематики виокремився новий науковий напрям – лінгвоперсонологія.

А. Загнітко визначає лінгвоперсонологію як «розділ мовознавчої науки, який концентрує увагу на вивченні мовної особистості в її цілісності» [28, с. 8]. На думку О. Семенов, лінгвоперсонологія – «це напрям лінгвістичних досліджень, присвячених вивченню мовної особистості крізь призму аксіології та акмеології, чинників її формування, становлення і розвитку» [105, с. 5]. О. Кульбабська обстоює думку, що лінгвоперсонологія – це «порівняно нова й перспективна міждисциплінарна галузь сучасної лінгвістики, що зацентровує пріоритетність вивчення конкретної мовної особистості в лінгводидактичному, лінгвокультурологічному, лінгвопоетичному, соціолінгвістичному та психолінгвістичному аспектах» [60, с. 39].

Основною одиницею лінгвоперсонології є лінгвоперсона, або мовна особистість (МО). На нашу думку, поняття МО є одним із найпотужніше

досліджених в україністиці, його тлумачення висвітлено у наукових працях Ф. Бацевича [4], А. Загнітка [28], Т. Космеди [53], Л. Мацько [78], В. Папіш [88], А. Романченко [98], О. Селіванової [103] та ін.

Українські дослідники по-різному трактують феномен мовної особистості. Зокрема у Словнику сучасної лінгвістики А. Загнітка МО потрактовується як «мовець, тип комуніканта, конкретна особистість, що досконало знає мову, усвідомлено і творчо володіє нею, сприймає мову в контексті національної ментальності й культури як їхнє духовне осердя, вживає мову як невід'ємний елемент самотворення, самопізнання, самоствердження і самовияву, розвитку та вдосконалення власних інтелектуально-розумових та емоційно-рольових, експресивно-почуттєвих можливостей і як найнеобхідніший засіб соціалізації особистості в людському суспільстві» [306, с. 345]. Ф. Бацевич обстоює позицію, що «мовна особистість – індивід, який володіє сукупністю здатностей і характеристик, які зумовлюють створення й сприйняття ним текстів, що вирізняються рівнем структурно-мовної складності та глибиною й точністю відображення дійсності» [4, с. 188]. Є. Боринштейн розглядає МО як «особистість, охарактеризовану з боку впливу засвоєної нею мовної культури на її особистісні якості та соціально-культурну ефективність її діяльності як суб'єкта суспільних відносин» [6, с. 66]. Л. Мацько обґрунтовує думку про те, що МО – це «узагальнений образ носія мовної свідомості, національної мовної картини світу, мовних знань, умінь і навичок, мовних здатностей і здібностей, мовної культури і смаку, мовних традицій і мовної моди» [78, с. 3]. На думку М. Пентилюк, МО – це людина, «яка вільно і легко висловлюється з різноманітних питань, виявляє високий рівень культури спілкування, дбає про якість свого мовлення та його вдосконалення» [92, с. 80]. Л. Струганець доводить, що МО – «це мовець, який досконало знає мову, усвідомлено творчо володіє нею, сприймає мову в контексті національної культури як духовну серцевину її, користується мовою як органічним засобом самотворення, самоствердження і самовираження, розвитку

своїх інтелектуальних та емоційно-вольових можливостей та як засобом соціалізації особи в даному суспільстві» [115, с. 38].

Попри значну кількість наукових розвідок, присвячених проблемі МО, питання її типології й надалі залишається дискусійним. Як зазначає В. Папіш, «численні спроби диференціювати мовні особистості за певними соціальними, психологічними, прагматичними та іншими критеріями мають, безперечно, велике значення, проте жодна з них не може вважатися універсальною» [88, с. 127].

На думку А. Романченко, найактивніше дослідження типології мовної особистості ведуться у «різноаспектних лінгвістичних напрямках, зокрема у психолінгвістиці, нейролінгвістичному програмуванні, лінгвосоціоніці, лінгвокультурології та комунікативній лінгвістиці, у межах яких розроблено типологічні класифікації мовної особистості з урахуванням її відповідних параметрів» [98, с. 45].

Одні з найпоширеніших психотипів мовної особистості базуються на роботах К. Юнга, який виокремив екстравертів та інтровертів, що надалі були розвинуті Г. Айзенком, Дж. Гілфордом та К. Леонгардом (Юнг 2009; Айзенк 1995; Guilford 1967; Леонгард 2000). Згідно з цими класифікаціями, мовні особистості можна поділити на екстравертів (об'єктивний, наївний, візуальний, візіонарний, відкритий, втілюючий) та інтровертів (суб'єктивний, сентиментальний, емотивний, психологічний, закритий, виражальний).

Важливо також розглянути типи мовної особистості за рівень комунікативної компетенції та внутрішньо-психологічних параметрів, запропоновані Т. Космедою. Дослідниця диференціює мовні особистості як «1) сильна МО інтроверт; сильна МО амбіверт; сильна МО екстраверт; 2) посередня МО інтроверт; посередня МО амбіверт; посередня МО екстраверт; 3) слабка МО інтроверт; слабка МО амбіверт; слабка МО екстраверт» [53, с. 203]. Щодо вимірів, за якими була здійснена класифікація, учена наголошує, що вони

«не є взаємозумовленими, проте вони обов'язково тим чи тим чином простежуються в мовній поведінці індивіда та впливають на неї» [53, с. 203].

С. Седов запропонував типологію мовних особистостей за когнітивно-емоційним критерієм, наголошуючи, що «здатність до кооперації в міжособистісній взаємодії можна вважати одним із критеріїв для визначення рівнів комунікативної компетенції мовних особистостей. Як єдина основа тут виступає тип домінуючої установки щодо іншого учасника спілкування» [102]. Учений розділяє МО на конфліктний, центрований та кооперативний типи. Конфліктний тип поділяється на конфліктно-агресивний (пряма агресія) та конфліктно-маніпуляторський (непряма агресія), центрований тип включає активного та пасивного егоцентрика, а кооперативний тип ділиться на кооперативного конформіста та кооперативного актуалізатора, які демонструють різну здатність до кооперації» [102].

У межах нейролінгвістичного програмування особистісну типологізацію здійснюють за комплексом її вербальних і невербальних виявів у тісному зв'язку з нейрофізіологічним субстратом (систем образів, відчуттів та уявлень). Р. Бендлер та Д. Гріндер виділяють три основні типи: візуалів, аудіалів та кінестетиків. З кута зору лінгвістики, детальну кваліфікацію предикатів здійснила Т. Ковалевська, яка дійшла висновку, що «кінестетичну модальність найчастіше виявляють дієслова та прикметники, оскільки вона часто передбачає безпосередню взаємодію відповідних органів чуття та екстралінгвального референта в процесі перцепції. Візуальна маркованість реалізована різноманітними морфологічними категоріями через притаманні їхній семантиці симультанні характеристики. Аудіальна – здебільшого дієсловами на позначення власне мовленнєвих дій та прикметниками, в семантиці яких містяться описові характеристики артикульованого мовлення» [42, с. 252].

Згідно з О. Штурм, типи поглядів також виступають як комунікативні маркери особистості: конформний погляд (довірливий і неформальний), дистанційований погляд (формальний і знеособлений) та деструктивний погляд

(агресивний і порушує межі співрозмовника), що доповнює типологію мовних особистостей і визначає індивідуальні особливості їхньої поведінки [129].

Доцільнішою, на думку А. Романченко, «видається типологія, заснована на зовнішніх або внутрішніх стосовно мови параметрах. У центрі уваги зовнішніх параметрів перебувають етнокультурний та соціокультурний критерії. Коло інтересів першого - дослідження елітарного / народного типу мовної особистості, другого - статус і соціальна належність людини (професія, освіта, місце й час мешкання). Внутрішні параметри передбачають вивчення типу мовної особистості за біологічним чи психологічним критерієм, відповідно жінка / чоловік або екстравертований / інтровертований, домінантний / недомінантний, мобільний / ригідний тип» [99, с. 76].

Усне мовлення є ключовим об'єктом дослідження в межах лінгвоперсонології, адже воно дозволяє виявити специфіку мовної особистості в її природному, найменш контрольованому прояві. Як зазначає М. Дружинець, «усне мовлення має синтагматичний характер, характеризується варіюванням мовних одиниць, динамічністю, суб'єктивністю, індивідуальністю, довільністю, ситуативною зумовленістю, що притаманні його двом формам, зокрема звуковому субкоду – усному мовленню» [26, с. 36]. Ці характеристики роблять усне мовлення унікальним джерелом для аналізу мовної особистості.

Крім того, дослідження усного мовлення є актуальним у багатьох мовознавчих напрямках. Як підкреслює М. Дружинець, «усне мовлення має багатогранну структурну і комунікативну специфіку, що визначає актуальність його вивчення у багатьох мовознавчих напрямках: психолінгвістиці, етнолінгвістиці, комунікативній і прагмалінгвістиці, соціолінгвістиці тощо» [26, с. 121]. Саме ця багатогранність обумовлює значущість усного мовлення як ключового елемента вивчення мовної особистості.

Досліджуючи МО у психолінгвістичному підході, В. Папіш обґрунтовує думку, що «сучасна психолінгвістика досліджує і нормативне, і специфічне

мовлення» [87, с. 138]. До нормативного вчена зокрема уналежнює вивчення гендерних особливостей МО. Носіїв специфічного мовлення дослідниця розглядає з кута зору параметрів психіатрії та пропонує виокремлювати в межах групи дві підгрупи: «(1) МО з явно паталогічним мовленням і (2) МО з мовленням, що перебуває на межі норми, тобто між нормою та патологією» [87, с. 139].

МО із паталогічними характеристиками визначають у станах емоційного напруження, зміненому стані свідомості, при психопатіях та інших психічних захворюваннях, зокрема шизофренії, а також хворобливих залежностях, що підтверджується клінічною практикою та досліджується в патопсихолінгвістиці. До МО, мовлення яких знаходиться на межі між нормою та патологією, В. Папіш пропонує уналежнювати «мовні особистості з різними видами акцентуацій» [87, с. 140], першу класифікацію яких запропонував К. Леонгард. Дослідник виокремив 12 типів акцентуацій особистості, серед яких: 1) педантичний; 2) демонстративний; 3) застряглий; 4) збудливий; 5) гіпертимний; 6) дистимний; 7) тривожний; 8) циклоїдний; 9) афективно-екзальтований; 10) емотивний; 11) екстравертний; 12) інтровертний [65].

Об'єктом нашого дослідження стали МО з явно паталогічним мовленням – пацієнти з діагнозом «шизофренія». Особливості їхнього усного та письмового мовлення детально проаналізовано у наступних підрозділах.

2.2. Шизофренія як вияв патопсихолінгвістичних порушень

Дослідження етіології та патогенезу шизофренії почалися ще до того, як її було виділено як окреме захворювання, у межах розладів, відомих у той час як «рання деменція». На початкових етапах різні підходи (психодинамічні, фізіологічні, анатомічні, генетичні тощо) були ізольованими та часто протиставлялися один одному. Як зазначають А. Скрипніков та П. Кидонь,

«школа «психіків» пояснювала шизофренію психічною травмою та мікросоціальними факторами, тоді як школа «соматиків» пов'язувала її з біологічними порушеннями в органах і системах» [110, с. 2]. Сьогоднішні дослідження (Дж. Гаррісон, І. Готтесман, Е. Девіс, А. Карлссон, Г. Кохламазашвілі, Дж. Гаррісон А. Скрипніков та інші) продовжують використовувати мультифакторний підхід, який інтегрує різні гіпотези етіології та патогенезу шизофренії.

За визначенням Сучасного тлумачного психологічного словника В. Шагара, шизофренія – це «(від гр. *schizo* — розколюю і *phren* — серце, душа, розум, розсудок) — психічне захворювання, що має різноманітні прояви (марення, галюцинації, нервово-психічне порушення та ін.) і призводить без своєчасного лікування до порушення психічної діяльності, зникнення індивідуальних рис особистості, погіршення пристосовуваності до трудових і соціальних умов, втрати працездатності» [318, с. 601]. Словник сучасної лінгвістики А. Загнітка визначає шизофренію як «у психолінгвістиці – психічна хвороба тривалого типу, що призводить до типових змін особистості (розлад мислення, емоцій та інших психічних функцій)» [308, с. 174]. О. Напреєнко розглядає шизофренію як «ендогенне прогресивне (процесуальне) психічне захворювання, яке зазвичай дебютує у молодому віці (переважно 16–30 років) і характеризується як основними (негативними, непродуктивними, дефіцитарними) розладами – апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності, так і додатковими (позитивними, продуктивними) симптомами – маяченням, ілюзіями і галюцинаціями, рухово-вольовими, а також афективними розладами» [81, с. 10]. На думку В. Гавенко, шизофренія – це «хронічне психічне захворювання невизначеної етіології, що виникає на основі спадкової схильності та характеризується змінами особистості у вигляді аутизму, емоційного сплюснення, зниження активності, втрати єдності психічних процесів з різноманітними продуктивними психопатологічними симптомами» [17, с. 282].

Уперше описав шизофренію як самостійне захворювання та ввів цей термін у психіатрію швейцарський психіатр Ейген Блейлер у 1908 році. Учений відрізняв це захворювання від деменції та визначив головною особливістю не слабоумство, а «порушення єдності» різних психічних процесів. Е. Блейлер виділяв як діагностичні критерії «чотири А»: зниження Афекту, Аутизм, порушення Асоціацій та Амбівалентність. Останнє вчений вважав основною ознакою шизофренії [146].

Концепція шизофренії як самостійної нозологічної одиниці виникла в кінці ХІХ століття. В історії вивчення шизофренії виокремлюють 2 періоди: донейролептичний та нейролептичний.

У донейролептичний період у наукових дослідженнях домінувальними проблемами були: нозологічна єдність шизофренії, визначення її меж і принципів діагностування, визначення її форм та типів» [131, с. 15]. Цей період пов'язаний з іменами таких вчених, як Е. Крепелін, Є. Блейлер, К. Ясперс, К. Шнайдер та ін.. У цей час паралельно клінічним дослідженням тривав пошук біологічних маркерів шизофренії і розроблювались методи її лікування.

Нейролептичний період почався з 1952 року – рік відкриття нейролептиків (антипсихотичних препаратів). Це відкриття стало психофармакологічною революцією [131, с. 16]. Цей період характеризується суттєвим проривом у галузі біологічної психіатрії, розвитком реабілітаційного напрямку та виходом шизофренії на новий рівень дослідження хвороби.

Історичний огляд різних поглядів та уявлень про шизофренію представлено в таких працях, як «Шизофренія. Нариси клініки та психопатології» французького психіатра А. Ейя [151]. «Історія шизофренії» французького психіатра Ж. Гаррабе [18] або «Становлення синдромології та концепції шизофренії» німецького психіатра А. Кронфельд [58].

Клінічні вияви шизофренії надзвичайно різноманітні. Згідно рекомендацій ВООЗ виокремлюють такі міжнародні діагностичні критерії захворювання:

- персистувальні марення (наприклад, марення величі, марення відношення чи переслідувальні);

- персистувальні галюцинації (найчастіше слухові, проте можуть виникати у будь-якій сенсорній модальності);

- дезорганізоване мислення (формальний розлад мислення) (наприклад, тангенційність, розірвані асоціації, алогічне мовлення, неологізми). У тяжких випадках мовлення може бути настільки дезорганізованим, що стає незрозумілим («словесна каша»);

- психопатологічний досвід впливу, пасивності або контролю (відчуття, що власні почуття, імпульси, дії або думки не є самостійними, а індукуються, вилучаються або транслуються іншими);

- негативні симптоми, такі, як емоційна згладженість, алогія (збіднілість мовлення), аволіція (втрата волі до дії), асоціальність та ангедонія (втрата здатності отримувати задоволення);

- грубо дезорганізована поведінка, що заважає досягненню цілеспрямованої активності (наприклад, ексцентрична або безцільна поведінка, непередбачувані чи недоречні емоційні реакції, що перешкоджають організації діяльності);

- психомоторні розлади, наприклад, кататонічна збудженість або загальмованість, патологічне позування, воскова гнучкість, негативізм, мутизм або ступор [195].

Як зазначає О. Напреевко, «типовий вік дебюту шизофренії – молодий, набагато рідше, але існують ранні дитячі форми і початок у зрілому віці» [81, с. 11]. Також важливим є генетичний фактор – чи передається хвороба від батьків до нащадка. Вчені зробили такий висновок:

- 1% населенню, рідні яких не були хворі, поставлено діагноз шизофренія;

- діти (1 з батьків хворий) – 0-13%;

- діти (обидва батьки хворі) – 40-50%;

- онуки – 5% [131, с. 43].

Згідно з цими даними можна зробити висновок, що шизофренія має спадковий характер.

Щодо класифікації перебігів та діагностування шизофренії, то процес розробки та впровадження міжнародних класифікацій психічних розладів є динамічним і базується на сучасних наукових даних, клінічних дослідженнях і практичних потребах медицини. Класифікація шизофренії в останній редакції Міжнародної класифікації хвороб-11 відображає нові підходи до діагностики цього розладу. Аналізуючи нову редакцію МКХ-11, Н. Марута пояснює, що «діагноз шизофренія в цьому блоці має загальний шифр 6A20 та визначений як патологічний процес, який характеризується порушенням багатьох психічних процесів (мислення, сприйняття, самодосвіду, пізнання, волі афекту, поведінки та інших). Встановлення діагнозу потребує, щоб симптоми зберігалися щонайменше протягом одного місяця та не були спричинені іншими медичними станами чи дією лікарського засобу» [77, с. 18].

Класифікація 6A20 виокремлює такі категорії:

- 6A20.0 Шизофренія, перший епізод;
- 6A20.1 Шизофренія, кілька епізодів;
- 6A20.2 Шизофренія, безперервний перебіг;
- 6A20.Y Інший уточнений епізод шизофренії;
- 6A20.Z Шизофренія, епізод неуточнений [195].

Оскільки Україна знаходиться на шляху впровадження МКХ-11 і у наш час послуговується МКХ-10, вважаємо за доцільним використання саме цієї класифікації для нашого дослідження.

Отже, згідно Міжнародної класифікації хвороб за 10-ї редакції та на основі опрацьованої фахової літератури з психології, патопсихології, психіатрії ([76], [80] [100], [113] тощо) такі основні форми шизофренії:

Гебефренічна шизофренія. За визначенням Сучасного тлумачного психологічного словника В. Шагара, гебефренія – «(від гр. hebe — юність, статеве дозрівання і phren — серце, душа, розум, розсудок) — юнацька форма шизофренії, що супроводжується легковажністю, пустотливістю, кривлянням, безглуздим блюзнірством» [318, с. 69].

Зазвичай починається в юнацькому віці, часто в період статевого дозрівання, хоча в рідкісних випадках може виявлятися в ранньому дитинстві. Ця форма захворювання характеризується поступовим розвитком і має ознаки розірваності мислення, емоційної тупості, гримасування, безглуздої поведінки та балакучості. Симптоми можуть виявлятися у вигляді маніакальноподібного збудження, тривожного або сплутаного стану. Хвороба прогресує швидко і призводить до вираженого дефекту особистості, що важко піддається корекції [80].

Кататонічна шизофренія. За визначенням Сучасного тлумачного психологічного словника В. Шагара, кататонія – «(від гр. kata — уздовж і гр. tonos — напруження) — нервово-психічний розлад, що характеризується м'язовими спазмами, порушенням довільних рухів або збудженням, що проявляється у співі, танці з виразом захоплення на обличчі, різними несподіваними вчинками тощо» [318, с. 195]. Починається з гострого збудження, що супроводжується численними психотичними і руховими симптомами. Інколи цей різновид розвивається поступово, починаючись із депресивного стану, іпохондричних ідей або слухових галюцинацій. Типовий вік початку захворювання – від 20 до 30 років, хоч іноді кататонія може розвиватися раніше чи пізніше. Після короткої гострої фази часто настає ремісія, але іноді захворювання переходить у хронічний перебіг з періодичними загостреннями. Кататонічна шизофренія може виявлятися ступорним акинезом, скутістю або, навпаки, кататонічним збудженням, стереотипними автоматичними рухами, вербігерацією, ехолалією та іншими виявами негативізму. Відмічаються також неврологічні симптоми, такі, як зміни форми зіниць або розлади вегетативної нервової системи [80].

Параноїдна шизофренія. За визначенням Сучасного тлумачного психологічного словника В. Шагара, параноя – «(гр. *paranoia* — божевілля) — хронічне психічне захворювання, що характеризується нав'язливими систематизованими маревними ідеями, які опановують свідомість хворого й зумовлюють його дії» [318, с. 322]. На відміну від інших форм, зазвичай починається в зрілому віці, часто після 30 років. Вона має повільний прогресивний перебіг із поступовим розвитком хворобливих виявів. На початкових стадіях зберігається певне осмислення поведінки, хоча спостерігається порушення послідовності мислення. Згодом у клінічній картині з'являється виражене марення – переслідування, величі, впливу, або ж поєднання цих марень. Увага хворого поступово концентрується на галюцинаторно-маячних переживаннях, через що зникає інтерес до реального світу. В міру прогресування хвороби розвивається афективна тупість, уривчастість мислення та порушення конкретизації понять. Поведінка стає дивакуватою, а пацієнти все більше ізолюються від зовнішнього світу [80].

Проста шизофренія. Вважається однією з найпоширеніших форм і часто починається в підлітковому віці або в період статевого дозрівання. Хвороба розвивається повільно і може тривати десятиліттями, поступово призводячи до значного дефекту особистості. Основними симптомами є апатія, зниження активності, зневажання власною особистістю і прогресуюча ізоляція. Галюцинації та маячні ідеї при цій формі зазвичай відсутні, але спостерігається своєрідна недоумкуватість, що розвивається поступово протягом багатьох років [113].

Окремо слід згадати і про шизофренію у стані ремісії. Оскільки хвороба має епізодичний характер і, як зазначає О. Напреев, «залежно від редукції психопатологічної симптоматики, наявності дефекту психіки та динаміки виявів рівня життєдіяльності хворих» [80, с. 344] виокремлюють такі типи ремісії:

Повна (ремісія А): цілковите зникнення психотичної симптоматики, можливе незначне апатико-дисоціативне забарвлення без суттєвого впливу на

якість життя (збереження самообслуговування, орієнтації, спілкування, працездатності);

Неповна (ремісія В): значне зменшення продуктивної симптоматики, помірні негативні порушення, погіршення життєдіяльності (обмежена працездатність);

Неповна (ремісія С): редукція продуктивної симптоматики, виражений особистісний дефект, значне зниження життєдіяльності (втрата працездатності);

Часткова (ремісія Д): Ослаблення гостроти хвороби, дезактуалізація симптомів, потреба в продовженні лікування (внутрішньолікарняне поліпшення) [80].

Отже, шизофренія є складним психічним захворюванням, яке характеризується змінами особистості, емоційними порушеннями, порушенням мислення і мовлення. Історія її вивчення демонструє поступову еволюцію від психодинамічних та соматичних теорій до мультифакторного підходу, який інтегрує біологічні, соціальні та психічні фактори. Попри значні досягнення в дослідженні шизофренії, головними проблемами залишаються визначення її етіології та патогенезу. Водночас важливим аспектом вивчення є аналіз мовленнєвої діяльності пацієнтів із шизофренією, оскільки порушення мовлення виступають як ключова характеристика, що відображає зміни у психічній діяльності.

У наступному підрозділі буде розглянуто теоретичні напрацювання, висновки та дослідження науковців, присвячені вивченню мовленнєвої діяльності у хворих на шизофренію. Особлива увага приділяється аналізу мовленнєвих феноменів, які відображають когнітивні та психічні порушення і слугують основою для діагностичних критеріїв цього захворювання.

2.3. Особливості мовленнєвої діяльності у хворих на шизофренію

Як зазначає Л. Калмикова, «мовлення – це феномен психіки людини. Разом з тим, воно і психофізіологічне, і нейрофізіологічне, і нейролінгвістичне, і психолінгвістичне, й генетичне, і мовне, і біологічне, і соціокультурне, й етнічне, і фізичне, і лінгвістичне явище тощо. Мовленнєві прояви завжди є надзвичайними й винятковими фактами» [36, с. 4].

Цей багатогранний характер мовлення підкреслює важливість його дослідження у клінічній практиці, зокрема при діагностуванні шизофренії. Порушення мовленнєвої діяльності при цьому захворюванні охоплюють усі рівні її організації: від фонетичного та лексико-семантичного до морфологічного, синтаксичного, текстового та прагматичного. Зміни можуть проявлятися на кожному з цих рівнів або мати міжрівневий характер, відображаючи комплексність патологічного впливу на мовленнєву систему загалом. Деякі з них можуть служити не лише для диференціації між пацієнтами та здоровими людьми, а й дають змогу відрізнити пацієнтів із шизофренією від пацієнтів з іншими захворюваннями.

Розглянемо дослідження вчених, які детально описують МП на різних рівнях мови.

Так, згідно досліджень Е. Чайки [154], А. Маріні, І. Сполетіні, І. Рубіно [224], Т. Спюеррі [274], для хворих на шизофренію характерні труднощі у розумінні та використанні інтонаційних моделей, при цьому фонологічна структура залишається незмінною. Ці порушення виявляються у зміні тональності мовлення, розстановці наголосів, пауз, розрізненні інтонації. Вони наявні як у мовленні дорослих пацієнтів, так і неповнолітніх (виявлені у 81% пацієнтів) [141]. Проте в дослідженнях К. Кришнамурті доводиться, що інтонаційна модуляція мовлення порушена зовсім не в усіх випадках захворювання [216]. Порушення інтонації у мовленні пацієнтів із шизофренією

залишаються протягом усього перебігу хвороби і не зникають навіть при зменшенні психотичних симптомів [257]. Подібні явища виявляються у носіїв різних мов (англійської, італійської, французької, німецької та китайської), що свідчить про їх незалежність від особливостей конкретної мовної системи [224].

Зниження емоційного інтонування мовлення у хворих на шизофренію відрізняє їх від пацієнтів із афективними розладами більшою монотонністю мовлення та слабкою емоційною експресією. У той час як у пацієнтів із афективними розладами емоційне інтонування варіюється залежно від поточного емоційного стану (зниження у депресивній фазі чи підвищення у маніакальній) [192]. Водночас здатність розуміти емоційну інтонацію знижена в обох захворюваннях на однаковому рівні у порівнянні зі здоровими людьми.

Мовлення хворих на шизофренію має відмінності від мовлення здорових людей зокрема і за обсягом словникового запасу. Так, дослідження К. Хонг, А. Ненкова, М. Марч довели, що за допомогою лексичного аналізу можна відрізнити мовлення пацієнтів від мовлення здорових осіб із точністю 65,7–74,4% [192].

Дослідження порушень зв'язності мовлення при шизофренії виявили особливості використання пацієнтами не лише займенників, а й інших засобів зв'язності: сполучників, прийменників та лексичних засобів [155], [182]. Зокрема хворі частіше вживають повтори та синоніми) [193] і водночас рідше використовують сполучники (наприклад, «але», «тому що» тощо) [185]. На зв'язність мовлення також впливає емоційна забарвленість теми, зокрема «під час розповідей про негативні спогади мовлення пацієнтів стає менш зв'язним» [175] зазначають дослідники І. Іванс, В. Следж.

Результати дослідження граматичного аспекту мовлення хворих на шизофренію є суперечливими: так, згідно розвідок В. Гров, Н. Андерсн [182], В. Міллер, Дж. Фелан [209], Т. Ох, Р. МакКарті [243], суттєвих порушень не було виявлено, тоді як дослідження. Ковінгтон, К. Хе, К. Браун [182] указують на

наявність МП, що виявляються у неадекватному словотворенні, плутанині частин мови та порушеннях граматичної структури речень.

У низці досліджень, проведених із носіями різних мов (англійської, французької, грецької), встановлено, що у хворих на шизофренію спостерігаються значні порушення у використанні дієслів та дієслівних форм. Такі порушення виявляються в різних типах завдань, наприклад, пацієнти демонстрували значно гірші результати під час називання дій на запропоновані зображення порівняно з називанням предметів. У деяких випадках під час називання дій фіксувалися помилки на зразок «заміни частини мови», які не виявлялися ані у здорових учасників, ані під час називання предметів ([204], [224]). При утворенні активних та пасивних дієслівних форм в англійській мові пацієнти відповідали значно повільніше та давали менше правильних відповідей порівняно зі здоровими учасниками (78% проти 95%) [227]. Також у пацієнтів спостерігалися труднощі при утворенні минулих форм правильних дієслів в англійській мові [294].

Б. Бак, Д. Пен [148], Р. Строус, М. Коппе, Дж. Фін [280] відзначають специфічні особливості використання займенників у мовленні пацієнтів із шизофренією. Зокрема, як в усній, так і в письмовій формі мовлення пацієнти частіше використовували займенники першої особи однини та інші особові займенники, тоді як займенники третьої особи вживалися значно рідше.

Однією з важливих характеристик мовлення пацієнтів із шизофренією, підтвердженою численними дослідженнями, є його синтаксична спрощеність. У деяких випадках вона виявляється як зменшення кількості складних речень [252], в інших – збільшення кількості граматично некоректних складних речень [270]. Крім того, пацієнти демонструють труднощі з розумінням синтаксично складних конструкцій: вони менш точно розпізнають граматичні помилки, неточно передають зміст таких речень та гірше сприймають ускладнені інструкції [270].

Спрощеність синтаксису спостерігається не лише на ранніх стадіях захворювання, а й зберігається та посилюється на пізніх етапах, попри зменшення вираженості симптомів [178]. Пацієнти з раннім етапом захворювання використовують коротші та простіші речення порівняно з тими, у кого хвороба розвинулася після двадцяти років, на що вказують дослідження Р. Моріс, Дж. Інграм [235]. При цьому мовлення пацієнтів поза періодом загострення є простішим порівняно з їхнім мовленням у період загострення [288], а останнє, у свою чергу, – менш складне, ніж мовлення здорових осіб. Також спрощеність мовлення більш виражена у пацієнтів із тривалим перебігом захворювання поза загостренням, ніж у тих, хто пережив лише перший психотичний епізод, зазначає Л. ДеЛізі [170], причому їхні показники майже не відрізняються від здорових учасників.

Для мовлення пацієнтів із шизофренією характерні також порушення семантичних зв'язків. Вони виявляються як у власному мовленні хворих – через неправильну класифікацію слів, спотворення їхніх значень та створення неологізмів [155], [164], [188], так і у розумінні хворими мовлення інших людей. Пацієнти частіше плутають синоніми й антоніми, мають труднощі з розпізнаванням багатозначності та розумінням образного мовлення, зокрема приказок і метафор. У процесі сприйняття слів хворі зазвичай орієнтуються на їхнє основне значення, навіть якщо воно не відповідає контексту, фокусуючи увагу на буквальному змісті слів [299]. Такі порушення можуть виявлятися у вигляді так званого «словесного салату», коли речення синтаксично правильні, але позбавлені смислової зв'язності, що робить мовлення важким або неможливим для розуміння. Н. Андерсен у своїй роботі «Thought, language, and communication disorders» наводить такий приклад цього явища: «Якщо нам потрібне мило, коли ти можеш стрибнути в басейн з водою, а потім, коли йдеш купувати бензин, мої батьки завжди думали, що вони повинні взяти газовану воду, але найкраще — це дістати моторне масло...» [137]. Такі порушення семантичних зв'язків безпосередньо впливають на текстовий рівень мовлення,

оскільки роблять текст несформованим і позбавленим змістової цілісності. Відсутність когерентності (семантичної зв'язності) часто поєднується з порушеннями когезії (граматичної зв'язності), через що текст пацієнта виглядає як випадковий набір фраз, що не об'єднані в єдину смислову структуру. Таким чином, аналіз когезії та когерентності є важливим для розуміння механізмів мовленнєвих розладів і може слугувати базою для подальших досліджень.

Предметом активних досліджень також є порушення прагматичного аспекту мовлення [226], [161]. Ці порушення охоплюють як лінгвістичні аспекти (наприклад, невідповідність темі розмови, відхилення від логіки дискурсу), так і екстралінгвістичні чинники, серед яких неврахування соціального контексту, позиції співрозмовника або ролей учасників комунікації. Такі аспекти тісно пов'язані з дослідженнями в рамках комунікативної лінгвістики, яка акцентує увагу на адекватності мовленнєвої поведінки в конкретних ситуаціях спілкування. Так, у дослідженнях К. Балтекс та Дж. Сімонс порушення прагматики були виявлені у 83% обстежених пацієнтів, а основною особливістю вчені визначають порушення комунікативної спрямованості мовлення [141]. Хворі також не враховують позицію співрозмовника та не здатні адаптувати своє мовлення відповідно до потреб співрозмовника [263].

Окрім того, порушення комунікативної спрямованості слугують важливим критерієм для розрізнення шизофренії та афазії [180]. Хоч обидві групи пацієнтів мають труднощі з розумінням, їхні вияви суттєво відрізняються. Пацієнти з афазією часто неправильно інтерпретують запитання, тоді як пацієнти із шизофренією ігнорують питання, оскільки більше зосереджуються на власних думках і переживаннях. Пацієнти з афазією зазвичай добре розуміють співрозмовника на початку розмови, але швидко втомлюються, що погіршує їхнє сприйняття інформації. У пацієнтів із шизофренією труднощі з розумінням пов'язані не зі втомою, а з браком уваги до бесіди. Вони часто дають довгі відповіді на відкриті запитання, але не виявляють зацікавленості в тому, чи

правильно їх зрозумів співрозмовник. Це суттєво відрізняє їх від пацієнтів з афазією, які намагаються перевірити, чи зрозумів їх співрозмовник.

Р. Гофман, Л. Кірстейн, С. Стопек усвоїх дослідженнях доводять, що мовлення ХШ у тому числі характеризується і нижчим рівнем узгодженості порівняно з іншими психіатричними пацієнтами [190], а передбачуваність мовлення знижується від початку висловлювання, інструкцій або запитань до їх завершення, про що свідчать експерименти К. Салзінгер, С. Портной, Р. Фелдман [269].

Іншою специфічною особливістю мовлення пацієнтів є раптове перемикання теми розмови без зрозумілої для співрозмовника причини. Якщо здорові учасники розмови орієнтовані на тему, то ХШ «часто вибудовують висловлювання, ґрунтуючись на фонологічних або семантичних асоціаціях із попередніми словами [257]. Це спричиняє появу фрагментів, які не узгоджуються з основною темою висловлювання. Дослідження П. Гелла, Дж. Нієм, Дж. Хінтіка показують, що ці «вставки» безпосередньо пов'язані з актуальними емоційними переживаннями пацієнта [187].

Крім того, у підручниках та посібниках із психітарії, зокрема й українських ([17], [80], [91]), зафіксовано такі мовленнєві особливості, як *вербіґерація*, що за визначенням Словника сучасної лінгвістики А. Загнітко, розуміємо як «психічне порушення у вигляді повторення або викрикування одних і тих самих вигуків, слів, фраз» [305, с. 107], *персерверація* – «патологія мислення, що виявляється у тривалому домінуванні однієї думки чи уявлення, у повторенні одних і тих самих слів, відповідей» [315] та *ехолахія* – «автоматичне повторення слів співрозмовника» [80, с. 563]. Ці мовленнєві розлади можна уналежнити до лексико-синтаксичного рівня мови, адже вони виявляються у повторенні лексем, фраз або структурних елементів мовлення. Водночас вони впливають на прагматичний рівень комунікації, оскільки порушують нормальну мовленнєву взаємодію та змінюють комунікативну функцію висловлювань. Пропонуємо класифікувати їх як *міжрівнєві мовленнєві порушення*.

Отже, порушення мовлення у пацієнтів із шизофренією охоплюють усі рівні мовної організації: фонетичний, семантичний, граматичний та прагматичний. Вони мають комплексний характер та виявляються як у структурі, так і в змісті висловлювань, зберігаючись навіть при зниженні психотичних симптомів. Такі порушення можуть бути універсальними, оскільки виявляються серед носіїв різних мов, і є важливим критерієм для диференціації не лише психічно здорових і хворих людей, а й для ідентифікації шизофренії серед інших психічних розладів.

Проаналізувавши дослідження, присвячені мовленню хворих на шизофренію, можемо виокремити такі особливості залежно від рівня мовної організації:

Фонетичний рівень. На цьому рівні зберігаються фонологічні структури, проте спостерігаються такі порушення:

- труднощі з інтонацією, зміною тональності та правильним розміщенням наголосів;
- порушення емоційної виразності, що ускладнює розуміння емоційного контексту мовлення.

Семантичний рівень. Цей рівень демонструє труднощі в обробці значень слів та розумінні багатозначності:

- труднощі з класифікацією слів та створенням нових слів (неологізмів);
- буквальна інтерпретація висловів, що ускладнює сприйняття метафор та приказок.

Морфологічний рівень. Дослідження цього рівня демонструють суперечливі результати:

- у деяких випадках порушень не фіксується;
- інші дослідження вказують на такі особливості, як: 1) плутанина частин мови; 2) труднощі в утворенні правильних граматичних форм.

Синтаксичний рівень. Мовлення пацієнтів із шизофренією на цьому рівні характеризується такими особливостями:

- синтаксична спрощеність – зменшення кількості складних речень.

Текстовий рівень. На цьому рівні спостерігаємо порушення таких текстових категорій, як когезія і когерентність, які виявляються у таких особливостях:

- словесний салат: речення можуть бути граматично правильними, але семантично беззмістовними;
- смислова розірваність.

Прагматичний рівень. Цей рівень відображає порушення комунікативної спрямованості мовлення:

- пацієнти ігнорують контекст та позицію співрозмовника;
- фіксуються раптові зміни теми;
- хворі часто відволікаються на власні думки або не відповідають на запитання;
- на відміну від хворих на афазію, у випадку шизофренії порушення мовлення пов'язані з розривом комунікативної взаємодії та відсутністю послідовності у спілкуванні.

Міжрівневі мовленнєві порушення: порушення, які впливають на лексичний, синтаксичний та прагматичний рівні: вербігенерація; персерверація; ехолахія.

Узагальнюючи відзначимо, що мовленнєві порушення при шизофренії мають глибокий і системний характер, охоплюючи всі аспекти мовленнєвої діяльності. Вони зберігаються незалежно від зменшення симптомів і можуть бути використані як діагностичний інструмент для виявлення шизофренії.

У наступному підрозділі представлено результати власного аналізу мовлення пацієнтів із шизофренією та виокремлено специфічні маркери особливостей усного й письмового мовлення таких хворих.

2.4. Особливості усного мовлення хворих на шизофренію

В українському та й світовому мовознавстві, зокрема через складність збирання фактичного матеріалу, проблема мовлення при шизофренії залишається практично нерозробленою. Окремі розвідки на цю тему зустрічаємо лише у розвідці української мовознавиці А. Скрипник [108], яка здійснила огляд висновків психіатрів про порушення мовлення при шизофренії, та в публікаціях турецьких учених А. Вурала, Г. Куруоглу, Е. Джана у вітчизняному журналі «Психолінгвістика», які присвячені вживанню номінальних і вербальних предикатів у мовленні хворих на шизофренію [84] та аналізу структури речень таких пацієнтів [85].

Враховуючи цей дослідницький вакуум і нагальну потребу у вивченні мовленнєвих особливостей шизофренії, ми провели власний комплексний аналіз таких пацієнтів з метою фіксації специфічних відхилень у їхній вербальній комунікації та сисематизації відповідних фактів.

У дослідженні було проаналізовано мовлення семи пацієнтів, які перебували на різних стадіях шизофренії та мали різні клінічні форми захворювання (проста шизофренія, параноїдна та у стані ремісії). Варто зазначити, що три приклади мовлення (Фрагмент №2, Фрагмент №3 та Фрагмент №7) були отримані з матеріалів, зібраних у межах попередніх досліджень. З огляду на складність збирання досліджуваного матеріалу, ці зразки інтегровані в наше дослідження, що дало змогу більш детально описати специфіку мовлення пацієнтів з шизофренією. Цей матеріал пропонуємо позначати в роботі як *«Ілюстративний»*.

Вибірка фіксує усне мовлення двох чоловіків та п'ятох жінок віком від 29 до 60 років. Залучення саме цих пацієнтів зумовлене їхнім поточним психічним станом, який уможлиблював доволі ефективну комунікацію. Пацієнти перебували на стадії захворювання, що характеризувалася збереженням

мовленнєвої активності, що, у свою чергу, дало змогу отримати якісний фактичний матеріал. Усі хворі проходили лікування на базі Одеської обласної психіатричної лікарні № 4.

Для проведення дослідження було отримано дозвіл шляхом подання офіційного запиту від філологічного факультету ОНУ ім. І. І. Мечникова, в якому було обґрунтовано наукову мету дослідження та підтверджено зобов'язання дотримуватися етичних норм під час взаємодії з пацієнтами.

Для забезпечення конфіденційності та дотримання принципів анонімності пацієнти у матеріалі нашої роботи позначені ініціалами.

Попередньо кожен пацієнт був поінформований про мету дослідження, його умови та обсяг участі, після чого ми отримали їхню усну згоду на спілкування. Важливо також зазначити, що всі пацієнти, до яких було звернено запит щодо участі, погодилися на комунікацію.

Як зазначає О. Напреєнко, «психічний стан хворого починають досліджувати з моменту зустрічі його з куратором, у процесі встановлення контакту, збирання скарг і відомостей» [80, с. 57]. Початково лікарі оцінюють стан свідомості хворих. На думку О. Напреєнко, «про стан свідомості свідчить здатність хворого орієнтуватися на місці, у часові й власній особі. Тому ставлять певні усталені у такій практиці питання. Наприклад: «Ваше прізвище, ім'я, по батькові?», «Де Ви зараз перебуваєте?» «Який сьогодні день, місяць, рік?» та ін.» [80, с. 57].

У нашому дослідженні ми вирішили орієнтуватися на вищезазначені положення та взяти їх за основу для встановлення контакту з респондентами та збору мовленнєвого матеріалу. Так, теми питань передбачали отримання відповідей, які ілюстрували орієнтацію пацієнтів у часо-просторі, наприклад: «Чи Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?», «Чи пам'ятаєте останню важливу подію у Вашому житті?», «Де Ви зараз перебуваєте?» тощо.

У нашому дослідженні питання ставили ми, тоді як в ілюстративних фрагментах подано діалоги лікаря з пацієнтами.

Варто також зазначити, що у випадку Фрагменту №4 пацієнтка ініціювала розмову першою, звернувшись до нас із запитанням «Дитинко, у вас телефон є?».

Зібрані матеріали дали змогу виокремити певні повторювані моделі мовлення для кожної з описаних форм шизофренії. Ці моделі охоплюють різні рівні мови – від фонетичного до синтаксичного, текстового та прагматичного – і можуть бути використані для розробки ефективних методик діагностики й психолінгвістичної ідентифікації мовленнєвих порушень у пацієнтів із шизофренією.

З огляду на опрацьовану теоретичну літературу слід також зазначити, які саме рівні мови та мовленнєві особливості були враховані під час аналізу мовлення пацієнтів, зокрема тих, які дозволяють виявити характерні мовленнєві порушення.

На **фонетичному рівні** зосереджено увагу на темпо-ритмічній характеристиці мовлення, зокрема темпі мовлення.

Темп мовлення, за визначенням Словника сучасної лінгвістики А. Загнітка, – це «часова організація одиниць мовного коду, складник інтонації мовлення; важлива смислова й експресивно-емоційна функція спілкування; швидкість вимови слів (складів) у висловленні за певний часовий інтервал з відповідними зупинками між мовними елементами» [308, с. 24].

На **лексико-семантичному рівні** досліджено наявність okazіоналізмів у мовленні та використання слів у нетипових або неусталених значеннях

Власне okazіоналізм – це «(лат. occasionalis – випадковий) – авторські, індивідуально-стилістичні неологізми, що вражають своєю новизною, незвичністю. Okazіоналізми здебільшого експресивно забарвлене слово, що утворене з порушенням законів словотворення чи мовної норми й існує лише у певному контексті, у якому воно виникло; слова і мовні вислови, що не

відповідають усталеним і загальноприйнятим нормам ужитку і виявляють індивідуальний смак мовця та його індивідуальну словотворчість» [306, с. 324].

На **морфологічному рівні** увагу зосереджено на розподілі частин мови у мовленні та визначенні домінантних частин мови, які найбільш часто використовуються пацієнтами.

На **синтаксичному рівні** досліджено домінувальні структури речень в усному мовленні хворих та проаналізовано їх за метою висловлювання (розповідні, питальні, спонукальні) й інтонацією (окличні та неокличні).

Розглянемо поняття речення. Згідно зі Словником сучасної лінгвістики, речення – це «1) одна із синтаксичних одиниць та основна предикативна синтаксична одиниця, що складається з декількох з'єднаних між собою синтаксичним зв'язком форм слів або з однієї форми слова, є інтонаційно оформленим смисловим і граматичним цілим, що виражає найсуттєвіші функції мови: пізнавальну, експресивну, комунікативну; 2) основний засіб вираження і формування окремої відносно закінченої думки, мінімальна одиниця мовлення; синтаксична одиниця мови, побудована за відповідною моделлю і репрезентована парадигмою формальних варіантів» [307, с. 179].

Отже, речення – це інтонаційно і граматично оформлена синтаксична одиниця, яка виражає завершену думку.

На **текстовому рівні** увагу було зосереджено увагу на порушенні зв'язності та цілісності мовлення як тексту.

Пропонуємо розглянути визначення тексту як мовної структури. За визначенням Словника сучасної лінгвістики, текст – це «(лат. *textus* – тканина, сплетіння, з'єднання) – 1) цілісна семіотична форма психомовленнево-мисленневої людської діяльності, концептуально та структурно організована, діалогічно вмонтована в інтеріоризоване буття, семіотичний універсум етносу або цивілізації, що є прагматично спрямованим посередником комунікації; ... у комунікативній лінгвістиці – результат спілкування

(комунікації), його структурно-мовний складник та одночасно реалізація; структура, у яку втілено дискурс після свого завершення ...; 2) продукт мовлення, результат мовленнєвої діяльності, витвір мовлення – усний або письмовий; 3) продукт мовленнєвої діяльності, що постає у відповідній ситуації спілкування ...; 4) ... у загальносеміотичному наченні – будь-яка організована сукупність знаків, що розгортається в часі й у просторі, пор., наприклад: звичай як текст, культура як текст, танець як текст тощо» [308, с. 16-17].

Відповідно до визначення можемо зробити висновок, що текст постає як багаторівнева і багатогранна структура, яка не лише відображає мовленнєво-мисленнєву діяльність, а й забезпечує зв'язність та цілісність комунікації.

У межах текстового рівня наша увага була зосереджена на наявності порушень таких текстових категорій, як когезія та когерентність.

Когезія – це «(англ. cohesion – зціплення; лат. cohaesus – зв'язаний, зчеплений) – структурно-граматична категорія зв'язності тексту; форми зв'язку – граматичні, семантичні, лексичні (повтори, дейктичні й анафоричні слова, сполучники, порядок слів тощо) – між окремими частинами тексту, що визначають перехід від одного контекстно-варіативного членування тексту до іншого і забезпечують послідовну, часово-просторову взаємозалежність окремих повідомлень, фактів, дій тощо. Структурно-граматичний тип текстової зв'язності» [306, с. 49]. Тоді як когерентність – це «(лат. cohaerentia – зчеплення, зв'язок) – семантична категорія зв'язності тексту; семантичний тип текстової зв'язності, завдяки якому окремі смислові компоненти пов'язуються в смислову цілісність» [306, с. 49].

На основі аналізу мовлення було також простежено наявність **міжрівневих мовленнєвих порушень**, що охоплюють одночасно кілька рівнів мовної системи – лексичний, синтаксичний, прагматичний тощо. До таких порушень належать вербігерація, персеверація, ехолалія.

З огляду на те, що мовлення хворих представлено у вигляді діалогу із пацієнтами із шизофренією, на **прагматичному рівні** увага була зосереджена на виявленні порушень діалогічності.

Проілюструємо аналіз мовлення хворих на шизофренію на вищевказаних рівнях.

Пацієнтка К., 29 років. Діагноз – проста форма шизофренії

Фонетичний рівень. У мовленні пацієнтки спостерігаємо зміни темпу мовлення залежно від змісту висловлювання. Зокрема, під час розповіді про думки про самогубство та смерть матері темп мовлення має тенденцію до прискорення. Спостерігаємо явище тахілалії. За визначенням Понятійно-термінологічного словника Ю. Рібцун – це «(від гр. tachys – швидкий, lalia – мовлення) – патологічно прискорений темп мовлення внаслідок домінування процесів збудження над гальмуванням» [317, с. 45].

Таке явище може свідчити про зануреність у переживання. Наприклад:

1. І: А чого Ви сюди потрапили? Вдома пожежа була?

П: Підпалила, так. Будинок підпалила – мені здавалось, що там хтось ходить, що мене хочуть вбити. Повіситись мене тягнуло, повіситись хотіла. Потім вже привезли сюди, потім вже на ВТЕК.

2. І: Ви пам'ятаєте свою маму?

П: Так, маму пам'ятаю, що вона в мене помирала на руках. Я була в школі. Прийшла зі школи, ну і застала, коли помирала. Теж хворіла сильно. Голова в неї сильно боліла. Потім рак виник, рак крові. І так я прийшла і застала, як раз вона помирала на моїх руках, скажем так. Теж важко пережила це все.

На **лексико-семантичному рівні** наявності okazіоналізмів або застосування слів у неусталеному значенні не виявлено.

На **морфологічному рівні** спостерігається часте використання таких частин мови, як прислівники (*добре, зараз, потім, просто, уже* тощо),

займенники (*все, там, я, це, вона* тощо) та дієслова (*пам'ятаю, привезли, хотіла, усвідомлюю, помирала* тощо), що може свідчити про акцент на обставинах, динамічності висловлювань і суб'єктивному сприйнятті.

На **синтаксичному рівні** спостерігаємо перевагу складних речень, що створюють надмірне навантаження мовлення. Наприклад: *Стільки щастя, вже не могла дочекатись, коли там принесуть дитину вже, щоб вже побачились, щоб не підмінили там*. Речення починається з номінативної конструкції «Стільки щастя», яка емоційно забарвлює висловлювання. Далі структура ускладнюється через підрядні конструкції: підрядне часу («коли там принесуть дитину вже») та підрядні мети («щоб вже побачились», «щоб не підмінили там»). Аналіз фрагменту також показує, що більшість речень у ньому є розповідними за метою висловлювання та неокличними за емоційним забарвленням. Вони виконують інформативну функцію, передаючи події, факти або думки без особливого емоційного піднесення. Однак серед усіх речень виділяється одне — "Авжеж!", яке є окличним:

I: Ви пам'ятаєте як їх звати? (імена дітей пацієнтки)

П: *Авжеж! Ема... Даня, Ема і Соня. Я все пам'ятаю вже, вже усвідомлюю. Просто момент такий був що... Зараз уже все нормально*

На нашу думку, оклична форма тут підсилює емоційність і передає впевненість пацієнтки, можливо, навіть легке обурення щодо самого запитання.

Окрім того, у мовленні спостерігається наявність неповних речень, які відображають незавершеність думки мовця та його емоційний стан. Наприклад: «*Так якось воно...*», «*І зараз от діти для мене це...*», «*Вони в мене такі добрі, ласкаві...*», «*Мама, мамочка, завжди...*». Ці висловлювання належать до обірваних речень, що виникають через емоційну напруженість або труднощі у побудові логічно завершених конструкцій, що, у свою чергу, на **текстовому рівні** є свідченням порушення когеретності.

Також на текстовому рівні порушення когерентності — відсутність логічного зв'язку між подіями або незавершеність висловлювань:

1. *Вдома голоси були, повіситись хотіла.* — не пояснено, як галюцинації привели до бажання суїциду.

2. *Потім уже з часом щось відбулось, не знаю що.* — хвора не може пояснити, що саме відбулося, і відзначає відсутність згадки про подію, що порушує логіку висловлювання.

3. *Сильний стрес був чи що, я не знаю. Просто так різко... Зараз вже все пройшло. Частково пам'ятаю, частково не пам'ятаю. Просто ці моменти. Зараз все пам'ятаю, все усвідомлюю. Немає нічого такого, щоб я не пам'ятаю. Саме той період, коли там... — хвора знову не може пояснити, що саме відбулося, що стало причиною відсутності пам'яті.*

Міжрівневі порушення. У мовленні зафіксовано 3 випадки персеверації — тривалому домінуванню однієї думки чи уявлення, у повторенні тих самих слів, відповідей:

1. Думки про самогубство:

I: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: *Так, як привезли. Вдома голоси були, повіситись хотіла. Потім привезли сюди. Уже полікували, вже все добре, уже все усвідомлюю, все згадую. Але частково не пам'ятаю, вже розповідають.*

I: А чого Ви сюди потрапила? Вдома пожежа була?

П: *Підпалила, так. Будинок підпалила. Мені здавалось, що там хтось ходить, що мене хочуть вбити. Повіситись мене тягнуло, повіситись хотіла.*

2. Згадка про смерть матері:

I: Ви пам'ятаєте свою маму?

П: *Так, маму пам'ятаю, що вона в мене помирала на руках. Я була в школі. Прийшла зі школи, ну і застала, коли помирала. Теж хворіла сильно. Голова в неї сильно боліла. Потім рак виник, рак крові. І так я прийшла і застала, як раз вона*

помирала на моїх руках, скажем так. Теж важко переживала це все. Теж хотіла повітись тоді. Як вона померла, це десь...

3. Нав'язлива думка про одужання і повернення пам'яті:

I: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: *Так, як привезли. Вдома голоси були, повітись хотіла. Потім привезли сюди. Уже лікували, вже все добре, уже все усвідомлюю, все згадую. Але частково не пам'ятаю, вже розповідають.*

...

Зараз все вже нормально, уже пройшло, вже вилікували.

...

Просто момент такий був що... Зараз уже все нормально. Немає вже такого, щоб не пам'ятала щось, а так все, впринципі. Сильний стрес був чи що, я не знаю. Просто так різко... Зараз вже все пройшло. Частково пам'ятаю, частково не пам'ятаю. Просто ці моменти. Зараз все пам'ятаю, все усвідомлюю. Немає нічого такого, щоб я не пам'ятаю. Саме той період, коли там...

Прагматичний рівень. Мовлення пацієнтки має монологічний характер, із порушенням діалогічної структури. Пацієнтка часто не відповідає на питання інтерв'юєра безпосередньо та перериває розмову, переходячи на інші теми:

1. I: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: *Так, як привезли. Вдома голоси були, повітись хотіла. Потім привезли сюди. Уже лікували, вже все добре. Уже все усвідомлюю, все згадую. Але частково не пам'ятаю, вже розповідають.*

Спочатку хвора відповідає на питання про те, як вона потрапила в лікарню, але швидко змінює на тему про свій стан.

2. I: А чого ви сюди потрапила? Вдома пожежа була?

П: *Підпалила, так. Будинок підпалила – мені здавалось, що там хтось ходить, що мене хочуть вбити. Повіститись мене тягнуло, повітись хотіла.*

Потім вже привезли сюди, потім вже на ВТЕК. Ну мама в мене хворіла і спадково мені передалось, я так зрозуміла. Зараз все вже нормально, уже пройшло, вже вилікували.

Спочатку пацієнтка відповідає на питання про те, як вона потрапила у психіатричну лікарню, але швидко змінює тему на свого психічного стану.

3. I: Ви десь навчались?

П: Так, Керченський університет, бухгалтерський облік. Але не закінчила – завагітніла, вийшла заміж. У мене три, троє дітей, три операції теж важкі такі достатньо.

Спочатку хвора відповідає на питання про те, де вона навчалась, але потім переходить на особистісну тему народження дітей.

4. I: Ким Ви виступали? Що робили?

П: Ну там, припустимо, конкурси якісь були, потім там міс, ну там усілякі. Школярка ще. На сцені вступала, танцювала, вірші розповідала, пісні співали, ну уже на великій сцені. Ну як там якась програма йде, свято, діти виступали і я виступала. А принципі, нічого такого не було. Потім уже з часом щось відбулось, не знаю що. Так якось воно.

Спочатку пацієнтка відповідає на питання про виступи, у яких вона брала участь, але потім переходить на тему, очевидно, початку свого захворювання.

5. I: Ви пам'ятаєте свою маму?

П: Так, маму пам'ятаю, що вона в мене помирала на руках. Я була в школі, прийшла зі школи, ну і застала, коли помирала. Теж хворіла сильно, голова в неї сильно боліла. Потім рак виник, рак крові. І так я прийшла і застала, як раз вона помирала на моїх руках, скажем так. Теж важко переслати це все. Теж хотіла повітись тоді. Як вона померла, це десь... уже теж мотузку приготувала – уже все вже.

Спочатку пацієнтка відповідає на питання про те, чи пам'ятає вона свою маму, проте потім переходить на тему власного самогубства.

Додаткові спостереження: пацієнтка, під час розмови згадує про галюцинації, які в неї були в минулому, вочевидь, під час фази загострення хвороби. Це явище є типовим для шизофренії:

I: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

II: *Так, як привезли. Вдома голоси були, повіситись хотіла.*

Отже, мовлення пацієнтки демонструє порушення на різних рівнях: на фонетичному рівні спостерігається патологічно прискорений темп мовлення (тахіталія); на морфологічному рівні переважають прислівники, займенники та дієслова; на синтаксичному рівні домінують складні конструкції та неповні речення, що створюють синтаксичне навантаження; на текстовому рівні виявлено порушення когерентності; серед міжрівневих порушень зафіксовано три випадки персеверації; прагматичний рівень характеризується порушенням діалогічності, що виявляється у різких змінах тем висловлювання.

Пацієнт I., 47 років. Діагноз – параноїдна шизофренія. Фрагмент ілюстративний

На **фонетичному рівні** примітним є швидкий темп мовлення хворого, який зберігається протягом усієї розмови. Цей факт свідчить про наявність тахіталії – патологічного прискорення темпу.

На **лексико-семантичному рівні** пацієнт використовує вигадане або неправильно оформлене слово, okazіоналізм: «*книговадом*» (ймовірно, хворий мав на увазі «домо́ва книга»).

Створення своєрідних образних метафор: *Мене Пасічник, який майстер бойового самбо, він вчив мене, який Духом Святим був, який давав дощі та сніги України...* – ці метафори свідчать про тенденцію до міфологізації, гіперболізації та зміщення логічних зв'язків.

На **морфологічному рівні** спостерігаємо переважання дієслів (*лишився, хотів, взяв, кинув, йти* тощо), іменників (*рація, мама, дах, хата, шифер* тощо) та займенників (*я, він, мене, її* тощо). Така перевага свідчить про фокус на діях, конкретних об'єктах та суб'єктивному сприйнятті.

Синтаксичний рівень. У тексті переважають прості речення, які часто містять лише одну граматичну основу. Наприклад: *О, мобільник! Це рація! Яка рація? Дайте мені рацію!* Більшість речень є розповідними та неокличним. Водночас помічаємо питальні, спонукальні та окличні речення, які додають емоційного забарвлення мовленню. Наприклад: *Яка рація? Дайте мені рацію! Я хотів до сільради йти, спитати: на кого книговадом. На маму? На мене? На якій підставі він розібрав дім, якщо я там прописаний? Навіщо він це робить?! Він боїться, розумієте?*

Також у мовленні наявні незавершені речення, які відображають труднощі у побудові логічно завершених висловлювань. Наприклад: *Її торкнешся – вона розвалюється... Він перевдягає усілякі сорочки, все перевдягає... Я сам полковник міліції...* Відповідно, на **текстовому рівні** це вказує на порушення когерентності.

Цей рівень також характеризується порушенням структури тексту, когезії, що виявляється в неповноті фраз, неузгоджених між собою словах та реченнях: *а хто не любить (3 особа однини) овець, той спасайтесь (2 особа множини), куди хоче...*

Смислова розірваність:

1. I: Розкажіть, будь ласка, про рацію: де ваш брат її взяв і з якою метою?

П: *О, мобільник! (вказуючи на диктофон). Це рація! Він мене взяв, скрутив і кинув в уазик. Я в нього питаю, з якою метою він мене кинув, а того, що я хотів піти до сільради, сказати: «Що ти з моїм домом зробив?»* – не пояснено причину, з якої хворого кинули в уазик.

2. *Він боїться, розумієте? Він щось помітив...Я тільки зайшов, а він раааз – і по телевізору камери дивиться, як ув'язнені сидять. Я йому кажу: «А ти мене там часом не бачиш?»... – не розкрито, що саме помітив співрозмовник.*

«Словесний салат»: Я овець люблю, а хто не любить овець, той спасайтесь, куди хоче... алкоголіки, тому що я – охорона та захист України. Хто того кліца вибере з вівці...От так, вкололи смертельний укол. Я приведу ту людину, я не можу витримати: я вже втрачав свідомість. Я нічого не поїв з дому... За що мене колоти, якщо я здоровий чоловік, даю вам поля, зерно, дощі йдуть? За що? Мене лікарі, санчастина, які є від Бога... Я їду до міста Златоуста...

Цей уривок характеризується хаотичністю мовлення, що виявляється через змішування тем, відсутність логічних зв'язків, фантастичні та маячні ідеї, які роблять висловлювання важким для сприйняття.

Прагматичний рівень. Мовлення пацієнта має монологічний характер із численними порушеннями діалогічної структури. Пацієнт часто ігнорує запитання співрозмовника та зосереджується на власних переживаннях. Спостерігаються раптові зміни тем і невідповідність відповідей контексту розмови:

1. I: Розкажіть, будь ласка, про рацію: де ваш брат її взяв і з якою метою?

П: *О, мобільник! Це рація! Він мене взяв, скрутив і кинув в уазик. Я в нього питаю, з якою метою він мене кинув, а того, що я хотів піти до сільради, сказати: «Що ти з моїм домом зробив?».*

З діалогу є помітним, що пацієнт почув питання співрозмовника, оскільки повторив слово «рація», проте одразу перейшов до теми, яка стосується його будинку.

2. I: Ну, добре, а рація є?

Л: *-Я вам розкажу... Яка рація? Дайте мені рацію! Дослухайте, що він зробив зі мною. Я хотів до сільради йти, спитати: на кого книговадом. На маму?*

Пацієнт висловлює намір щодо відповіді на запитання, проте одразу ж змінює тему розмови на особисті проблеми, пов'язані з будинком.

3. І: От ви кажете, що ви полковник. А в якому відділенні Ви працювали?

П: *Я вчився на Філатова, 70, в Одесі. Мене Пасічник, який майстер бойового самбо, він вчив мене, який Духом Святим був, який давав дощі та сніги Україні... Я овець люблю, а хто не любить овець, той спасайтесь, куди хоче...*

Пацієнт не відповідає прям на питання щодо місця роботи, а розповідає про своє навчання.

Міжрівневі порушення. У мовленні пацієнта зафіксованоperseveraції:

1. Повтори інформації про догляд за мамою:

Я в його будинку живу, за мамою дивлюся, за мамою сечу виношу, бо вона не може: інвалідка, 32 роки. Я виношу і дивлюсь за нею, я за мамою дивлюся, а він там дивиться телевизор, а я цього не розумів

2. Повторне повернення до теми будинку, дій брата та звернення до сільради, незважаючи на зміну запитання інтерв'юера.

І: Розкажіть, будь ласка, про рацію: де ваш брат її взяв і з якою метою?

П: *О, мобільник! Це рація! Він мене взяв, скрутив і кинув в уазик. Я в нього питаю, з якою метою він мене кинув, а того, що я хотів піти до сільради, сказати: «Що ти з моїм домом зробив?». Розібрав його, перекрив хату і розвалюху зробив, розвалюху і все... Я тільки хотів до сільради йти, а він тільки раааз і швидко викликає...*

І: Ну, добре, а рація є?

П: *Я вам розкажу... Яка рація? Дайте мені рацію! Дослухайте, що він зробив зі мною. Я хотів до сільради йти, спитати: на кого книговадом. На маму? На мене? На якій підставі він розібрав дім, якщо я там прописаний?*

Отже, мовлення пацієнта демонструє порушення на всіх рівнях: прискорений темп мовлення (тахіталія) на фонетичному рівні, використання оказіоналізмів і метафоризацію на лексико-семантичному рівні, домінування дієслів, іменників і займенників на морфологічному рівні, перевагу простих речень і незавершені висловлювання на синтаксичному рівні, а також порушення когерентності та когезії на текстовому рівні. Міжрівневі порушення виявляються у формі персеверацій, а прагматичний рівень характеризується монологічністю та порушенням діалогічної структури через раптові зміни тем та ігнорування запитань співрозмовника.

Пацієнтка Л., 56 років. Діагноз – параноїдна шизофренія. Фрагмент ілюстративний

Фонетичний рівень. Темп мовлення пацієнтки був рівномірним протягом усієї бесіди.

На **лексико-семантичному** рівні спостерігаємо використання оказіоналізму у мовленні:

I: Ходите до церкви?

II: *Так, от ходила на 19-те...*

I: А що там було? Служба?

II: *Дрюжба (сміється).*

Наявність своєрідної метафоризації, релігійної спрямованості.

I: Так ви хворієте, чи не хворієте?

II: *Я хворію коханням.*

I: До кого?

II: *До нього, до Отця Небесного.*

На **морфологічному рівні** серед частин мови домінують дієслова (*здали, знаю, хотіла, співати, побили, махаю* тощо) та іменники (*руки, телевізор, баба, кожушки, голос* тощо). Переважання дієслів і іменників свідчить про акцент на

діях і конкретних об'єктах, що може вказувати на спрощення мовлення та зосередженість на ключових поняттях і подіях, актуальних для пацієнтки.

Синтаксичний рівень. У мовленні пацієнтки спостерігається приблизно однакова кількість простих і складних речень, однак переважають прості конструкції та односкладні відповіді, що вказує на тенденцію до синтаксичної спрощеності. Наприклад:

I: З якою хворобою ви до нас поступили?

П: *А, ні з якою... Що ж хорошого? Мене знову сюди здали...Навіщо мене здали?!*

I: А чому вас «здали»?

П: *Не знаю...*

I: Що з вами відбувалося?

П: *Нічого. Я хотіла співати... Побили...*

Більшість речень є розповідними й неокличними, однак також спостерігаються питальні, спонукальні та окличні конструкції, що вносять емоційність і динаміку в мовлення. Наприклад: *Які можуть бути думки у звільненого духа?! А як же! Пам'ятаєте? Згадуйте, згадуйте!*

Як і у попередніх фрагментах, спостерігаємо значну кількість незавершених речень, що на текстовому рівні порушують когеретність. Наприклад: *Так, от ходила на 19-те... Голос Бога, один... Що говорить, те передаю...*

Прагматичний рівень. Пацієнтка часто уникає безпосередніх відповідей на питання, натомість переходячи на інші теми, звертаючись до власних фантазій або починаючи співати.

- Різка зміна теми розмови:

1. I: «Розкажіть нам про свої переживання, думки.

П: (у відповідь хвора починає щось наспівувати) *Голос питає, навіщо мене сюди привели!*

2. I: Що з вами відбувалося?

П: Нічого. Я хотіла співати... Побили...

I: А за що?

П: За те, що я махаю руками, телевізором працюю.

I: Для чого?

П: Сказали, щоб я бабу обслуговувала, а баба вже два роки як померла. Замість баби, одні кожушки, ці... (починає співати) – спів, на нашу думку, слугує як уникання відповіді на запитання.

Міжривневі порушення не були виявлені в аналізованому фрагменті.

Проте нами було помічене явище слухової галюцинації (слухові (вербальні) галюцинації — «це сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує» [128, с. 7]. *П: голос питає, навіщо мене сюди привели!»*, а також явище конфабуляційної сплутаності («наплив вигадок, який супроводжується хибним впізнаванням оточення, осіб» [80, с. 55] : *У 66-му році приїхав наш дорогий...з Бенгалії. Він там був монахом. Там всі були: ваша бабуся (звертається до лікаря, з яким раніше не була знайома і якому 41 рік), ви. Мені було сім років, а вам – три. Пам'ятаєте? Згадуйте, згадуйте!*

Отже, мовлення пацієнтки Л. демонструє рівномірний темп на фонетичному рівні, використання okazіоналізмів і метафоризацію на лексико-семантичному рівні, переважання дієслів та іменників на морфологічному рівні, а також тенденцію до синтаксичної спрощеності через домінування простих речень. На текстовому рівні спостерігаються порушення когерентності, пов'язані з наявністю незавершених речень. Прагматичний рівень характеризується уникненням прямих відповідей, раптовими змінами тем розмови та зверненнями до власних фантазій. Додатково зафіксовано слухові галюцинації та конфабуляційну сплутаність, що є характерними для цього типу розладу.

Пацієнтка У., 60 років. Діагноз – параноїдна шизофренія

Фонетичний рівень. Під час обговорення теми відчуження від сина та втрати контакту з ним пацієнтка демонструє паталогічне прискорення темпу (тахілалія).

На лексико-семантичному рівні порушень не виявлено.

На морфологічному рівні серед частин мови домінують іменники (*телефон, син, лікар, мама, теща тощо*) та дієслова (*працює, живе, приборала, подзвонив, переживаю тощо*), що може свідчити про орієнтацію мовлення на опис конкретних об'єктів та дій, а отже, відображати зосередженість пацієнта на ключових подіях, важливих для нього.

Синтаксичний рівень. У тексті переважають складні речення, що зумовлено використанням сполучників («і», «що», «але», «хоча» тощо) та переліків, які створюють кілька граматичних основ у межах одного речення. Наприклад: 1. *Працює, живе в Одесі, працює на ліфтах, ходить у Болград і у Білгород, Ізмаїл, Ладизь, Тарутіно, Арциз, Саратов, на ліфтах працює.*

Прошу сина, щоб він прийшов, хоча б подзвонив і на будинок пристарілих.

Я переживаю, от зараз його жінка вдома і дикретні – самі важкі час, якщо вона піде на роботу, то, а так важко

Більшість речень у тексті є розповідними та неокличними, оскільки вони забезпечують передачу фактів і роздумів пацієнтки. Водночас наявні питальні, спонукальні й окличні речення, які вносять різноманіття й додають емоційного забарвлення, що свідчить про високу залученість пацієнтки в комунікацію та емоційну насиченість її висловлювань. Наприклад:

П: Дитинко, у вас телефон є?

І: Є.

П: Щоб подзвонити сину, щоб він номер...

І: Телефон не працює зараз.

П: Не працює. А як вас звати?

І: Ігор.

П: Ігор? Теж Сергійович?

І: Миколайович.

П: Миколайович. А я потрапила у цю лікарню по знайомству, 76... 1976 року.

П: Ось, вірте, не вірте!

Також у мовленні наявні незавершені речення, які відображають труднощі у побудові логічно завершених висловлювань. Наприклад: *На цій пенсії інвалідка не проживеш у цій долі – за медикаментами, за що... І він мені цей... Не дзвонить, щось не дзвонить, я йому, кажу, Сергійович, все, ну подзвоню, узнаю я передавай привіт, що з мамою все доб...*

А отже, на **текстовому рівні** це вказує на порушення когерентності.

На цьому рівні виявляємо помилку в узгодженості за родом. «*Онука-дівчинка 22 серпня, буде йому 9*» – хвора говорить про «онука-дівчинка» (жіночий рід), проте використовує «буде йому 9», де «йому» - це чоловічий рід. Що вказує нам на порушення когезії на аналізованому рівні.

Крім того, виявлено 4 випадків смислової розірваності:

1. П: ...А як вас звати?

І: Ігор.

П: Ігор? Теж Сергійович?

І: Миколайович.

П: Миколайович. А я потрапила у цю лікарню по знайомству, 76... 1976 року 1 травня. У мене почалась менструація. Ось. І руки стали не працювати, і я потрапила – згадка про менструацію, проблеми з руками та госпіталізацію не має прямого зв'язку з попереднім контекстом. Ці деталі можуть відображати особисту значущість події для пацієнтки, але вони логічно не вписуються в розмову.

2.. Сонечка-онучка, 13 вересня буде 3 рочки. І піде вона, у 3 рочки буде, піде у садок. Вона піде на роботу навесні – речення виглядає нелогічним, адже дитина трьох років не може йти на роботу. Така заява порушує смислову логіку тексту та створює когнітивний дисонанс.

З. І: А Ви пам'ятаєте своє дитинство?

П: Дитинство? Важке було, вони працювали на птахофермі, все робота і робота, і робота 6 кілометрів від села – відсутнє пояснення, хто саме «вони» (батьки чи інші члени родини). Це ускладнює розуміння конкретного змісту.

4.. І я поїхала у Кишинів учитися на швачку, там її сестра тітка Маша з чоловіком розділила мене, все з чоловіком. – не зрозуміло, що саме означає «розділила мене» і як це пов'язано з «все з чоловіком». Логічний зв'язок між частинами порушений, що робить текст фрагментованим.

На прагматичному рівні спостерігається монологічний характер мовлення пацієнтки та порушення діалогічної структури спілкування. Хоча на початку розмови пацієнтка сама ініціювала діалог, ставила запитання співрозмовнику (наприклад, уточнювала його ім'я), згодом її мовлення стало монологізованим. Вона не відповідала на запитання безпосередньо, а переходила на інші, не пов'язані теми:

П: А як вас звати?

І: Ігор.

П: Ігор? Теж Сергійович?

І: Миколайович.

П: Миколайович. А я потрапила у цю лікарню по знайомству, 76... 1976 року 1 травня. У мене почалась менструація. Ось. І руки стали не працювати, і я потрапила. Уже 1 травня буде 40 років як я болю.

Пацієнтка на початку діалогу поводить себе як активний комунікативний партнер: ініціює розмову, ставить уточнювальні запитання, демонструючи спробу підтримати діалог. Однак після того, як співрозмовник дає відповідь,

пацієнтка повністю відходить від теми розмови і переходить до монологу про свою госпіталізацію та хворобу.

I: А Ви пам'ятаєте своє дитинство?

II: *Дитинство? Важке було, вони працювали на птахофермі, все робота і робота, і робота 6 кілометрів від села. І я поїхала у Кишинів учитися на швачку, там її сестра тітка Маша з чоловіком розділила мене, все з чоловіком.*

На початку пацієнтка реагує на запитання співрозмовника, що свідчить про початкове збереження діалогічності. Проте її відповідь швидко набуває монологічного характеру, оскільки вона не лише відповідає на запитання, а й починає додавати багато зайвих деталей про роботу батьків, свою поїздку в Кишинів і тітку Машу.

Міжривневі особливості представлені у вигляді персеверації.

Повторення думки, що хвора нікому не потрібна:

Прошу сина, щоб він прийшов, хоча б подзвонив і на будинок пристарілих. Я йому не потрібна, там сім'є чуже, не потрібна, свах, сват, тимпаче я без чоловіка, без квартири їм не потрібна.

Отже, мовлення пацієнтки У. демонструє патологічне прискорення темпу (тахілалія) на фонетичному рівні, домінування іменників і дієслів на морфологічному рівні, що свідчить про орієнтацію мовлення на опис конкретних об'єктів та дій, що може відображати зосередженість пацієнта на ключових подіях, важливих для нього. На синтаксичному рівні переважають складні речення, зумовлені використанням сполучників («і», «що», «але», «хоча» тощо) та переліків, які створюють кілька граматичних основ у межах одного речення. На текстовому рівні виявлено порушення когерентності, пов'язані з наявністю незавершених речень та логічної невідповідності між частинами тексту. Прагматичний рівень характеризується монологізацією мовлення, порушенням діалогічної структури, уникненням прямих відповідей та зміщенням уваги на

власні переживання. Додатково зафіксовано персеверації, що є характерними для цього типу розладу.

Пацієнт М., 44 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія

У цьому ілюстративному фрагменті виявлено такі особливості:

На **фонетичному рівні** у пацієнта інколи спостерігаємо патологічне прискорення мовлення (тахілалія).

На **морфологічному рівні** спостерігаємо домінування імеників (*мама, мігрень, навушника, попу, розчин* тощо) та дієслів (*кажу, буде, поливати, приходить, люблю*), що може свідчити про зосередженість мовлення на конкретних об'єктах і діях, відображаючи прагнення пацієнта структурувати висловлювання навколо ключових понять і подій, значущих для нього.

На **синтаксичному рівні** спостерігається переважання простих речень, а отже, спостерігаємо явище синтаксичної спрощеності. Наприклад:

I: Мама приходить постійно?

II: *Постійно приходить.*

I: А що вона тобі приносить поїсти?

II: *Капуста, гірчиця і сало.*

I: Ти гірчицю любиш?

II: *Люблю.*

I: А як ти її їси, ложкою?

II: *Та якими?! Ручками, пальцями хоп-хоп...*

Більшість речень у тексті є розповідними та неокличними. Найменше в тексті запитальних та окличних речень: *Дайте одну сигарету! Мама? Та якими?!*

На текстовому рівні нами було, крім того, зафіксовано 2 випадки «словесного салату» (речення синтаксично правильні, але позбавлені смислової зв'язності, що робить мовлення важким або неможливим для розуміння), що порушує когеретність тексту:

1. ...і 29 копійок мамі поклав, побіг, попісяв.
2. Мігрень буде, якщо чотири навушника на одну попу та кислим розчином поливати щоки...буде мігрень»

А також кілька випадків смислової розірваності:

1. ...мама співала пісню: «Я в весеннем лесу пил берёзовый сок» і 29 копійок мамі поклав, побіг, попісяв. Дайте одну сигарету! – немає очевидного зв'язку з основною темою (співанням пісні) і з проханням наприкінці.

2. Мама? Вишневий, кажу... Мігрень буде, якщо чотири навушника на одну попу та кислим розчином поливати щоки...буде мігрень – фраза про "навушники на одну попу" і "поливання щік кислим розчином" виглядає як нереальний або вигаданий сценарій, що свідчить про порушення логіки висловлювань.

На прагматичному рівні 1 випадок порушення діалогічності:

I: «Що там мама?»

L: «Мама? Вишневий, кажу...»

Особливості, які мають міжрівневий характер нами не були виявлені.

Мовлення пацієнта М. характеризується домінуванням іменників і дієслів на морфологічному рівні та переважанням простих розповідних речень на синтаксичному рівні, що свідчить про синтаксичну спрощеність. На текстовому рівні виявлено порушення когерентності у вигляді словесного салату, а також смислову розірваність, яка ускладнює розуміння висловлювань. Прагматичний рівень демонструє порушення діалогічності, зокрема уникання прямих відповідей. Загалом ці особливості вказують на типову мовну особистість пацієнтів із параноїдальною шизофренією.

Пацієнтка А., 51 рік. Діагноз – параноїдна шизофренія

На фонетичному рівні темп мовлення в залежності від теми розповіді патологічно пришвидшувався. Крім того, в окремих випадках спостерігалось

незвичне напруження артикуляційного апарату: пацієнтка сильно напружувала рот і губи під час вимови окремих фраз, що надавало її мовленню неприродного характеру. На нашу думку, це може бути пов'язане з апраксією. За визначенням Сучасного тлумачного психологічного словника В. Шагара, апраксія – це «(від гр. *аргахіа* — бездіяльність) — порушення довільних цілеспрямованих рухів і дій, неможливість робити цілеспрямовані рухи при нормальному функціонуванні інтелекту, рухових і сенсорних систем. Не будучи наслідком елементарних розладів рухів (парезів, паралічів та ін.), належить до розладів вищого рівня організації рухових актів» [318, с. 26]. Важливо підкреслити, що це напруження не було постійним і виявлялося лише епізодично.

На **лексико-семантичному рівні** пацієнтка використовує метафору для опису свого поточно стану: *Такі в мене перевтоми, ось знаєте, відчуваю себе зламаною гілкою.*

На **морфологічному рівні** серед частин мови домінують дієслова (*кажу, ходила, шию, продавала, взяла* тощо), займенники (*я, мені, він, йому, собі* тощо) та іменники (*мама, група, брат, чоловік, дочка* тощо), що може свідчити про зосередженість на ключових подіях та суб'єктивному сприйнятті.

Синтаксичний рівень. У тексті переважають складні речення з різними типами зв'язку, що характерно для емоційно насиченого мовлення пацієнта, який описує події з життя, переплітаючи їх із власними роздумами. Наприклад: *Ну взагалі мене, я ще у Бухарі в Узбекистані, я там мешкала і я лежала там.*

З мамою жила, там у мене було багато клієнтів, від чоловіка втікла, теж він мене лякав, страшив, що тебе заріжу на шматочки, дитину при тобі заріжу

Ці речі мені маленькі були, вони мені потрібні були – я перешивала: зі спідниць робила штанці дитячі з кишеньками.

Важливо також звернути увагу, що пацієнтка використовує пряму мову у висловлюванні, що, у свою чергу, свідчить про її прагнення точно передати сказане іншими або свої власні слова в минулому. Однак це також ускладнює

сприйняття тексту через фрагментарність висловлювань, переплетення часів і контекстів, емоційну перенасиченість, змішування персонажів і ролей. Наприклад: *Я дочку народила у 92-у році, а потім мені кесерево зробили з Зухрою, ну все було мокро, треба були ганчірки і це, все було мокро, думали кровотеча або що, було мокро просто так все, і вони мені зав'язали труби і кажуть: «Все, ти тепер народжувати не будеш».*

І теж мені було важко я працювала, я працювала, а потім так дівчата порадили «Зроби групу, чого мучишся, чого ти це?»

Ось знаєте, мені мама каже: «Я за тебе головою так вдарила», теж психонує на неї.

Більшість речень у тексті є розповідними та неокличними, оскільки вони забезпечують передачу фактів і роздумів пацієнтки, підкреслюючи її прагнення описати події та емоції у спокійному тоні. Водночас у тексті наявні питальні та окличні речення, які додають емоційного забарвлення й демонструють сильні почуття або моментальні реакції пацієнтки. Наприклад:

П. Сергійович молодець теж, ось буває от зараз, каже «До тебе прийде молодий лікар цей, психолог». Психіатр Ви, так?

I: Так.

Окрім того, у мовленні спостерігається наявність неповних речень, які відображають незавершеність думки мовця та його емоційний стан. Наприклад: *Ну хотів сім'ю разом... І це... Мамі казала в останній момент, хотіла поїхати в Мінськ на...,* що, у свою чергу, на **текстовому рівні** вказує на порушення когерентності.

На текстовому рівні також спостерігаємо порушення когезії у зв'язку з наявністю у мовленні:

- «Словесного салату»:

1. Ось знаєте, мені мама каже: «Я за тебе головою так вдарила», теж психонує на неї, Я... Купались у басейні дітьми і мама йому: «Скажи татові...»

Нехай з мамою, з батьком посварились тоді і вона мене взяла об стіну так і кажу: «Я татові хочу...» Ну хотів сім'ю разом... Як могла казала і вона мене об стіну ось так от вдарила і я нічого не пам'ятаю. Вона сама мама фельдшер у мене, потім не знаю, чи нашатир мені, чи щось інше, чи камфорний, ось так – спостерігаємо нелогічні переходи між подіями (від удару мами до купання в басейні і сварок із батьком); фрагментованість і відсутність зрозумілого смислового зв'язку між частинами; велику кількість деталей, які не узгоджуються між собою.

2. *І я, вона каже: «Пливи». І я пішла, і каже в перший момент прямо мене кинула в глибокий цей. Ось це пам'ятаю – невизначеність («глибокий цей») створює враження смислової неповноти, переходи між діями (від кидання до спогадів) без пояснення контексту.*

3. *Мені сказала Маргарита, що шиза відрізняється від нового, а Ігор Сергійович сказав, що шиза – це розщеплення, а при ній мріяв мій син – незрозуміла логіка висловлювань: як «шиза» пов'язана із сином і його мріями, також нелогічний зв'язок між висловлюваннями Маргарити та Сергійовича.*

4. *І я стараюсь їм, щоб вони тягнулись до мене. Теж багато, багатьом цим, конкуренція. І ось так ось каже, що є, ось так, не не цей, вона мені (далі важко ідентифікувати слова) молочне дає, свої речі віддаю, речами там, речами розраховуємся – непослідовність і повторення тих самих слів («речами там, речами») та відсутність чіткого зв'язку між окремими частинами тексту.*

5. *Брату дурдом, брату закрутки закриваю, у нас там школа, там же усі дерева, все є – безконтекстне поєднання різних тем: «дурдом», «закрутки», «школа», «дерева» та відсутність зрозумілої структури та логіки між частинами.*

- Граматичних помилок:

1. *Так, уже мені з мамою один чоловік сказав, мама мамі мама сказав, що мені потрібне довге лікування.* – у граматично правильній конструкції потрібно вжити слово «мамі» у давальному відмінку (кому?) для позначення того, кому

адресоване повідомлення. Натомість тут «мама» використано у називному відмінку (хто?)

2. *живу у селі з мама* – використано неправильний відмінок: слово «мама» стоїть у називному відмінку замість орудного («мамою»).

3. *І навчила мене шити, на пупсиках кроїти, а я їй розкажу, що хочу лікарем працювати* – наявна граматична помилка, пов'язана з неправильним використанням форми дієслова. У цьому реченні правильніше було б використати дієслово в минулих формах — «розказала» або «сказала», що відповідало б логіці минулої події.

- Формальної відсутності зв'язності:

П: «Там смертей люди поховані були» – хвора, очевидно, підбрала семантично невідповідне слово. Слово «смертей» в контексті речення не передає зміст про людей, які були поховані. Логічніше було б використати такі слова, як «померлі», «загиблі» або «тіла», оскільки вони точніше відображають суть висловлювання та відповідають контексту про поховання.

- Сислової розірваності:

1. *Ну взагалі мене, я ще у Бухарі в Узбекистані, я там мешкала і я лежала там.*

2. *З мамою жила, там у мене було багато клієнтів, від чоловіка втікла, теж він мене лякав, страшив, що тебе заріжу на шматочки, дитину при тобі заріжу...*

3. *Дев'ять. Мені віруючий сказав... Я дочку народила у 92-у році, а потім мені кесерево зробили з Зухрою...*

4. *...було мокро просто так все, і вони мені зав'язали труби*

5. *А коли я до чоловіка повер... Ми так з чоловіком так і дружили, так і спілкувались і все. Ну важко жити це.*

6. *Мені просто менше за дочку, за тебе я не буду платити*

7. *Я пішла до мами, він теж допомагав мені, я крутила банки...*

8. *І ось дівчатам теж поради даю, ну що я комусь, хтось візьметься за цю ідею, усім же не...*

9. *І так ходила по рядам, поміняла на продукти, а пенсію і їм давала, і собі залишала.*

10. *Ці речі мені маленькі були, вони мені потрібні були – я перешивала: зі спідниць робила...*

11. *І це... Одна жінка каже: «Чого ти хочеш?..» Як з сусідкою спілкуватися.*

12. *Якщо ти не будеш шити, ти не зможеш людське тіло зшити це, ти не зможеш це, якщо ти (далі важко ідентифікувати слова). Якщо ти не зможеш зшити... – ти не зможеш сконструювати. Ти, ти, ти... Це без цього не зможеш, каже, ось там.*

13. *У мене ось теж мрії там попрацювати, подивитись українське виробництво, хоч я і...*

14. *І ось так от цікавлюсь. Ну, живу у селі з мама, мамі 77 років.*

15. *Мені дають куртки переробити шкіряні, пришиваю все, це, дають замовлення. У них теж все є, а грошей немає.*

16. *Коли я закінчила розподіл, був інститут – я не знала, де я буду працювати...*

Прагматичний рівень. Пацієнтка часто ігнорує питання співрозмовника або відповідає абсурдними фразами, що ускладнює підтримання діалогу. Вона переходить на інші теми без попередження і без логічного зв'язку, що дезорганізує бесіду:

1. І: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: *Ну взагалі мене, я ще у Бухарі в Узбекистані, я там мешкала і я лежала там. Доньку народила і потім просила собі групу зробити, я кажу зроблю собі групу, кажу.*

Пацієнтка не відповідає на поставлене запитання. Вона відходить від теми, переходить до розповіді про життя в Узбекистані, народження доньки та отримання групи інвалідності, що не пов'язано з питанням співрозмовника.

2. I: Як давно Ви тут перебуваєте?

II: *Так, уже мені з мамою один чоловік сказав, мама мамі мама сказав, що мені потрібне довге лікування. Ось знаєте, мені мама каже: «Я за тебе головою так вдарила», теж психонув на неї, Я...*

Пацієнтка не відповідає на питання про тривалість перебування у закладі. Замість цього вона переходить на інші теми, розповідаючи про свою маму, чоловіка та особисті події, без логічного зв'язку з поставленим питанням.

3. I: А скільки у Вас дітей?

II: *Дев'ять. Мені віруючий сказав... Я дочку народила у 92-у році, а потім мені кесерево зробили з Зухрою, ну все було мокро, треба були ганчірки і це, все було мокро, думали кровотеча або що, було мокро просто так все, і вони мені зав'язали труби і кажуть: «Все, ти тепер народжувати не будеш.»*

Невідповідності відповіді запитанню. Співрозмовник питає про кількість дітей, на що пацієнтка спочатку дає числову відповідь («Дев'ять»), але далі переходить до розповіді про одну дитину, кесарів розтин і медичну процедуру, яка припинила можливість народжувати.

Міжрівневі порушення. У фрагменті зафіксовано 8 випадків вербігерацій (психічне порушення у вигляді повторення або викрикування одних і тих самих вигуків, слів, фраз) :

1. *«я працювала, я працювала»*
2. *«мама мамі мама»*
3. *«було мокро... було мокро... було мокро»*
4. *«шию, шию, шию»*
5. *«Ти, ти, ти»*
6. *«Пливи... пливи, пливи... Пливи»*

7. «як роблять, що роблять, як роблять»

8. «речі віддаю, речами там, речами»

Також помічаємо явище конфабуляційної сплутаності (1 випадок): *І це, сподобались Ви дівчинці* (до цього співрозмовники не були знайомі). *Гарний хлопчик, симпатичний.*

Отже, мовлення пацієнтки А. демонструє типові мовленнєві порушення, характерні для параноїдальної шизофренії, а також є найяскравішим прикладом мовленнєвих порушень. На фонетичному рівні спостерігається патологічне прискорення мовлення та епізодичне напруження артикуляційного апарату, що може бути пов'язане з апраксією. На лексико-семантичному рівні використання метафор відображає прагнення пацієнтки передати свій емоційний стан, проте деякі висловлювання позбавлені чіткого смислового зв'язку. На морфологічному рівні домінування дієслів, займенників та іменників свідчить про зосередженість на ключових подіях та пріоритеті суб'єктивного сприйняття дійсності. Синтаксичний рівень характеризується переважанням складних речень із численними підрядними зв'язками, які ускладнюють сприйняття через надмірну деталізацію, а також наявністю неповних речень, що відображає незавершеність думок. На текстовому рівні спостерігаються порушення когезії, які виявляються у вигляді словесного салату та смислової розірваності, що створюють додаткові труднощі у розумінні. На прагматичному рівні фіксується порушення діалогічності через фрагментарність відповідей, змішування персонажів та відхід від теми. Загалом мовлення пацієнтки характеризується емоційною насиченістю, багатослівністю, але водночас і порушенням логіки, зв'язності та послідовності.

Пацієнтка О., 36 років. Діагноз – шизофренія у стані ремісії. Фрагмент ілюстративний

У мовленні пацієнтки не було виявлено яскраво виражених мовленнєвих порушень на жодному з рівнів. Висловлювання пацієнтки в основному зберігають

граматичну правильність, структурованість і логічність, хоча трапляються незначні відхилення, наприклад, легкі зміни темпоритму. Спостережені випадки смислової розірваності та невеликі прагматичні порушення мають поодинокий характер і не впливають критично на зв'язність мовлення.

Загальний рівень мовлення пацієнтки є задовільним, що може свідчити про стабілізацію її стану та перебування у фазі ремісії параноїдальної шизофренії. Відсутність суттєвих мовленнєвих порушень, таких, як словесний салат чи значні когнітивні збої, вказує на те, що психотичні симптоми наразі не виявляються активно.

Отже, результати дослідження усного мовлення пацієнтів із шизофренією вказують на системний характер мовленнєвих порушень, які виявляються на всіх рівнях мовної структури.

На фонетичному рівні часто спостерігається патологічно прискорений темп мовлення (тахіталія) та зафіксований випадок апраксії. Лексико-семантичний рівень характеризується використанням okazіоналізмів, метафоризацією та змінами у значенні слів, що відображає емоційний стан пацієнтів і їхнє прагнення висловити внутрішні переживання, але водночас призводить до порушення чіткості смислового зв'язку. На морфологічному рівні спостерігається переважання певних частин мови, таких, як дієслова, займенники та іменники, що свідчить про зосередженість на діях, подіях чи пріоритеті суб'єктивного сприйняття дійсності. Синтаксичний рівень характеризується домінуванням складних конструкцій із численними підрядними зв'язками, які ускладнюють сприйняття через надмірну деталізацію, а також наявністю неповних і незавершених речень. Текстовий рівень порушується через відсутність когерентності та когезії, що виявляється у вигляді «словесного салату», логічної невідповідності між частинами тексту та смислової розірваності. На прагматичному рівні фіксується монологічність, порушення діалогічної структури, уникання прямих відповідей, різкі зміни тем і зосередженість на власних переживаннях, що ускладнює ефективну комунікацію. Міжрівневі

порушення часто виявляються у формі персеверацій, які посилюють мовленнєві розлади. Загалом мовлення пацієнтів характеризується багатослівністю, емоційною насиченістю, але водночас і значними порушеннями логіки, зв'язності та послідовності, що є типовим для мовної особистості хворих на шизофренію.

2.5. Особливості письмового мовлення хворих на шизофренію

Дослідження письмового мовлення має важливе значення не лише для мовознавства, а й для багатьох суміжних галузей. На думку В. Томіліна, «фізіологія, патологія та основи судово-медичної експертизи письма необхідні не лише судовим медикам і криміналістам, але й представникам інших галузей медицини та педагогіки — психіатрам, невропатологам, фахівцям авіаційної та космічної медицини, фізіологам, психологам тощо. Наприклад, невропатологи та психіатри можуть використовувати патологічні ознаки у письмі для діагностики низки захворювань, які супроводжуються його порушеннями. Динаміка таких порушень у письмі може слугувати одним із критеріїв для оцінки ефективності проведеного лікування та прогнозування перебігу захворювання» [121, с. 6].

Результати досліджень письмового мовлення хворих на шизофренію залишаються неоднозначними. Так, С. Гузва вказує на те, що письмове мовлення пацієнтів порушене меншою мірою, ніж усне, однак М. Семковська у своїй роботі «Agrammatism in a case of formal thought disorder: Beyond intellectual decline and working memory deficit» доводить, що письмове мовлення містить таку ж кількість граматичних помилок, як і усне [270].

Неоднозначним є і порівняння письмового мовлення пацієнтів із шизофренією та пацієнтів з іншими психіатричними захворюваннями, зокрема Р. Гофман, Г. Гобен, Г. Смит у своєму експерименті відзначають, що пацієнти із шизофренією зробили приблизно вдвічі більше помилок, ніж контрольна група [190], проте в дослідженні П. Томас, І. Людар, Д. Невбі, пацієнти із

шизофренією не відрізнялися від пацієнтів із манією ні за складністю тексту, ні за кількістю синтаксичних помилок [287].

Щодо власне письма, то висновки щодо цього зустрічаємо у розвідках Е. Крепеліна [57], В. Томіліна [121], В. Суrowsикіна [117] та ін. Учені наголошують, що письмо хворих на шизофренію характеризується специфічними особливостями, які залежать від форми захворювання. Загалом спостерігаються вичурний стиль, нестабільність почерку, використання різнокольорових олівців, малюнків та примітивної символіки, що нагадує ідеографічне письмо. Текст може містити жаргонізми, спотворення букв, схильність до друкованого шрифту, написання в різних напрямках та надмірне використання розділових знаків.

При гебефренічній формі часто зустрічаються розмашистий почерк, підкреслення, примітивні малюнки, різка атаксія, неохайність і нерівномірність букв. Параноїдна форма характеризується великим почерком, вигадливими прикрасами букв, повторенням символів, написанням справа наліво, колонками або між рядками. У текстах можуть відображатися бредові ідеї. При кататонічній формі письмо часто зводиться до написання колонками чи по діагоналі. Спостерігаються пропуски букв, хвилястість ліній, дрібний розмір літер, повторення слів або знаків, а також уривчастий стиль написання [121].

З огляду на суперечливі результати досліджень і відсутність одностайності вчених у цьому питанні, ми додали до здійсненого аналізу усного мовлення також і аналіз письмового мовлення, щоби з'ясувати реальний стан письмового мовлення у пацієнтів із шизофренією і таким чином отримати комплексне уявлення про специфіку цих двох форм мовлення. Отже, метою цього блоку нашого дослідження є отримання детальних даних про характер граматичних і синтаксичних порушень у письмових текстах пацієнтів із шизофренією, порівняння цих особливостей з характеристиками усного мовлення, а також вивчення графічних особливостей їх письма. Це допоможе не лише поглибити розуміння когнітивних процесів у пацієнтів із шизофренією, а й визначити,

наскільки письмове мовлення може бути індикатором їхнього психічного стану та когнітивних функцій.

У межах дослідження письмового мовлення було проаналізовано два фрагменти тексту, написані пацієнтом із діагнозом «параноїдна шизофренія» на початку лікування (Фрагмент №1) та через певний проміжок часу з його початку (Фрагмент №2). Важливо зазначити, що обидва фрагменти були написані переважно російською мовою з вкрапленнями української. Проте ми все ж вирішили проаналізувати цей текст, оскільки на початку розділу наводили думки відомих учених про те, що шизофренія має практично однакові вияви у представників різних лінгвокультурних спільнот, а отже, залучення такого фрагмента є доцільним. Фрагменти тексту були отримані з архівів психіатричної лікарні. Використання архівних матеріалів зумовлене тим, що пацієнти, до яких ми звернулися з проханням виконати письмову частину дослідження, відмовилися брати участь.

Важливо зазначити, що, як і у випадку з усним мовленням, для забезпечення конфіденційності та дотримання принципів анонімності особисті дані пацієнта не наводяться – у роботі вони позначені лише ініціалами. Хворий проходив лікування на базі Одеської обласної психіатричної лікарні № 4.

З огляду на те, ще помилки в письмовому мовленні могли залежати не від хвороби, а загального рівня освіченості пацієнта, ми вирішили зосередити увагу на поокремних рівнях мови, переважно на синтаксичному, текстовому та наявності міжрівневих порушень (персеверацій). Також застосовуємо елементи графологічного аналізу, спрямованого на вияв особливостей письмово зафіксованого мовлення.

Згідно з Тлумачним словником української мови, графологія – «вивчення почерку з метою визначення особливостей поведінки людини. / розділ криміналістики, базований на цьому» [316]. На думку О. Калаянова, «графологічний метод дозволяє отримати інформацію про психічні причини

графічної картини: співвідношення особистісного «я» та соціального «вони»; розкриває причину скутості, недовіри, страху тощо» [35, с. 196].

Проілюструємо аналіз письмового мовлення хворого на шизофренію.

Пацієнт В., 45 років. Діагноз – параноїдна шизофренія

Фрагмент №1

На лексико-семантичному рівні спостерігає своєрідну метафору *«це життя, а не гра, яка відображає спробу пацієнта осмислити реальність»*.

На **морфологічному рівні** серед частин мови домінують іменники (*сожительница, судья, ранение, майор* тощо), дієслова (*подрезал, совершил, сделал, сядит, советую* тощо), займенники (*я, мы, он* тощо), що може свідчити про зосередженість пацієнта на подіях, діях і суб'єктах, які він сприймає як ключові у своєму досвіді.

Майже повна відсутність пунктуаційних знаків на **синтаксичному рівні** значно ускладнює розуміння тексту, поділ висловлювань на окремі речення та призводить до порушення когезії на **текстовому рівні**. Наприклад:

Не сам по себе подрезал сожительницу – ... → Она так же была пьяна и ничего не помнит

Серед **міжрівневих** порушень зафіксовано персеверацію, яка виявляється у нав'язливому повторенні тих самих фраз:

Я – Майор – Операторщик – раскрываюсь в том, что Я – Майор Татарбунарского р-на Одесской области – виновен в том, что 08.04.09 року – Я Майор необдуманно совершил – Гадость... Я – Майор – Операторщик - Татарбунарского р-на Одесской области – виновен во всем...

Пацієнт декілька разів протягом усього тексту повторює думку, що це саме він винен у злочині.

Графологічний аналіз допоміг встановити такі явища:

1. Ненормативне вживання пунктуаційних знаків:

Я – Майор – Милиции – Одесской – Центральной – расположенной..

2. Підкреслення:

ни в чём не виноват – это я – Майор – Операторщик

апаратурой подрезал сделал ножевое раниение на организм

3. Ненормативне вживання великої літери:

... Я – Майор – Операторщик ...

4. Графічне виділення слів: пацієнт кілька разів обводить слово *Гадость* та *но* ручкою, що створює візуальний ефект графічного виділення і робить це слово в тексті більш помітним.

Отже, письмове мовлення пацієнта характеризується порушеннями на всіх рівнях: лексико-семантичному, морфологічному, синтаксичному та текстовому. Спостерігаються своєрідні метафори, фіксація на подіях і суб'єктах, відсутність пунктуації, що ускладнює структуру тексту, та персеверація у вигляді нав'язливого повторення фраз. Графологічні особливості, як-от акцентуація слів і ненормативне використання великих літер, підкреслюють емоційну залученість пацієнта, водночас спричиняючи загальну дезорганізацію тексту.

Фрагмент №2

На **лексико-семантичному рівні** було помічено використання невідповідних понять. Пацієнт використовує слова поза контекстом або не зовсім точно, що вказує на парафазії (неправильний вибір слів). Наприклад, змішування слів *голос, врач, свобода* створює асоціативний, але не змістовий ланцюжок, що ускладнює розуміння висловлювання та вказує на явище смислової розірваності.

На **морфологічному рівні** серед частин мови домінують іменники (*игорок, майоры, милиция, тюрьма, гражданка* тощо) та дієслова (*оправдать, просим, хотят, сделать, раскрыть*), що може свідчити про прагнення пацієнта зосередитися на діях і суб'єктах, які він сприймає як ключові у своєму досвіді.

На **синтаксичному рівні** текст майже повністю позбавлений пунктуаційних знаків, що значно ускладнює розуміння змісту та поділ на окремі речення, що, у свою чергу, є ознакою порушення когезії на **текстовому рівні**.

Також спотерігаємо ознаки «словесного салату». Наприклад:

1. *И много-много государственных Деятелей раскрылись Саратовской милиции – Глолос - Майор*

2. *Я был в заперти 35 лет Голос – врачь – Гражданка – сказал 20 лет свободы – дома*

У межах цих прикладів слід звернути увагу на появу слухових галюцинацій, які виявляються у формі внутрішніх «голосів». Примітним, на нашу думку, є те, що у попередніх фрагментах усного мовлення ми вже спостерігали вияви слухових галюцинацій, проте в цих прикладах вони простежуються й у письмовому мовленні.

У межах **міжрівневих** порушень було зафіксовано персерверацію, що виявляється у нав'язливому повторенні тієї ж самої фрази:

Просим оправдать ... Просим оправдать ...

Чому не раскрыто судебное дело... суд не раскрыт

Ці повтори можуть свідчити про наявність параноїдальних думок, що домінують у свідомості пацієнта та відображаються в тексті.

Також ми здійснили **графологічний аналіз**, який дав змогу виявити кілька важливих особливостей тексту, зокрема

- нехтування пунктуаційними знаками. Текст майже повністю позбавлений пунктуаційних знаків, що ускладнює розуміння змісту і членування тексту на речення. Наприклад:

Перешлите Министру Внутренних дел Раскройте Нас Майоров Опараторщиков Тарбунарской Арцизкой Милиции Мы сделали Гадость

У цьому прикладі відсутність ком ускладнює сприйняття структури висловлювання, що робить текст незв'язним та хаотичним. Це може свідчити про

дезорганізацію мислення пацієнта, коли думки перериваються, але не членуються належним чином у тексті.

- підкреслення як акцентуаційний засіб. Пацієнт використовує підкреслення для виділення слів або фраз, що є спробою надання їм більшого значення. Наприклад:

1. *Важными Преступными Делами г. Одесса а сами есть Злоумышленники...*

2. *в работе их – обох – Смерть – ценурос – Отдача, а не жизнь...*

3. *не со мной, не от меня, а Из-за меня.*

Цей засіб може вказувати на параноїдальні вияви або спробу надати фрагменту тексту особливої значущості, що характерно для пацієнтів із параноїдальною шизофренією [121]. Виділення слів також підкреслює емоційну залученість у тему злочинів та підозр.

- ненормативне використання великої літери:

Военская Часть Самолеты Танки проданы – Суд не раскрыт

Пацієнт, імовірно, намагається надати словам більшого значення через їх візуальне виділення.

Отже, письмове мовлення пацієнта демонструє характерні порушення, що відповідають клінічній картині параноїдальної шизофренії. На лексико-семантичному рівні спостерігається використання невідповідних понять та парафазії, де слова вживаються поза контекстом або не зовсім точно, утворюючи індивідуальні асоціативні, але не змістові зв'язки. На морфологічному рівні домінують іменники та дієслова, що свідчить про зосередженість пацієнта на ключових подіях і суб'єктах, які він сприймає як важливі. На синтаксичному рівні текст позбавлений пунктуаційних знаків, через що висловлювання зливаються у хаотичний потік, ускладнюючи сприйняття структури та смислу. Також виявлено явище словесного салату, що свідчить про дезорганізацію мислення.

Міжривневі порушення виявляються у вигляді персеверацій. Графологічний аналіз тексту виявив нехтування пунктуацією, використання підкреслень для акцентування певних слів чи фраз, а також ненормативне вживання великих літер, що є спробою надати їм особливої значущості.

Графологічні особливості, такі, як акцентуація слів та ненормативне використання великих літер, підкреслюють емоційну напруженість пацієнта, але водночас посилюють загальну дезорганізацію письмового мовлення. Аналіз письмового мовлення пацієнта також виявляє цікаве спостереження: у другому фрагменті з'являються згадки про «Голос» (слухові галюцинації). Це може, на нашу думку, вказувати на ускладнення перебігу захворювання. Усе це відображає складну картину мовленнєвих порушень, характерних для шизофренії.

Висновки до розділу 2

Дослідження лінгвоперсонології, психолінгвістики та патопсихолінгвістики вказують на важливість поняття мовної особистості у мовознавчій науці. Поняття МО, ретельно досліджене в україністиці, характеризує індивіда як мовця, здатного до усвідомленого і творчого володіння мовою, що відображає його національну культурну ідентичність. Різноманітні наукові підходи та класифікації, від соціокультурних до психолінгвістичних, демонструють складність і багатогранність цього феномену.

У психолінгвістичному підході МО вивчається як об'єкт, що може варіюватися від нормативного до патологічного мовлення. Зокрема, дослідження пацієнтів із шизофренією вказують на специфічні мовні порушення, які є ключовими для діагностики психічних розладів.

На основі аналізу праць вчених встановлено, що мовленнєві порушення при шизофренії охоплюють усі рівні мовної організації. На фонетичному рівні, попри збереження фонологічних структур, спостерігаються труднощі з інтонацією,

наголосами та емоційною виразністю, що ускладнює сприйняття емоційного контексту мовлення. Семантичний рівень характеризується труднощами в класифікації слів, буквальною сприйняттям метафор і приказок, а також створенням неологізмів. Морфологічний рівень демонструє суперечливі результати: у деяких пацієнтів порушень не виявлено, проте в інших спостерігаються труднощі у використанні частин мови та формуванні граматичних конструкцій. На синтаксичному рівні мовлення пацієнтів часто спрощується, що виражається у зменшенні кількості складних речень. Текстовий рівень характеризується порушеннями когезії та когерентності, які виявляються у вигляді словесного салату або смислової розірваності. Прагматичний рівень відображає розрив комунікативної взаємодії: пацієнти ігнорують контекст, змінюють теми, відволікаються на власні думки або уникають відповідей, що порушує послідовність спілкування. Окрім того, існують міжрівневі порушення, такі як вербігерация, персеверація та ехололія, які одночасно впливають на декілька мовних рівнів.

Проведене нами дослідження виявило низку особливостей, які підтверджують попередні наукові висновки, а також відкривають нові аспекти аналізу мовлення пацієнтів із шизофренією. На фонетичному рівні було часто зафіксовано патологічно прискорений темп мовлення (тахілалія), а також один випадок апраксії, що свідчить про порушення моторних функцій мовленнєвого апарату. Лексико-семантичний рівень демонструє схильність до використання okazionalizmів, метафоризації та зміни у значеннях слів. Такі особливості відображають емоційний стан пацієнтів і їхнє прагнення висловити внутрішні переживання, однак ці процеси призводять до порушення чіткості смислового зв'язку.

На морфологічному рівні спостерігається переважання дієслів, займенників та іменників, що може свідчити про акцент на діях, подіях чи суб'єктивному сприйнятті дійсності. Синтаксичний рівень характеризується домінуванням складних конструкцій із численними підрядними зв'язками, які ускладнюють

сприйняття через надмірну деталізацію. Також відзначаються неповні та незавершені речення, що порушують синтаксичну завершеність висловлювань. На текстовому рівні порушення когерентності та когезії виявляються у вигляді словесного салату, логічної невідповідності між частинами тексту та смислової розірваності.

Прагматичний рівень відзначається домінуванням монологічного мовлення, порушенням діалогічної структури, униканням прямих відповідей, різкими змінами тем та зосередженістю на внутрішніх переживаннях пацієнтів, що суттєво ускладнює комунікацію. Міжрівневі порушення найчастіше виявляються у формі персеверацій, які ще більше посилюють мовленнєві розлади.

Письмове мовлення пацієнтів із шизофренією, подібно до усного, характеризується порушеннями на всіх рівнях мовної організації. На лексико-семантичному рівні спостерігається використання невідповідних понять, парафазій та метафор, що формують асоціативні, але не завжди змістовні зв'язки між словами та реченнями. Морфологічний аналіз показує переважання іменників і дієслів, що відображає акцент на ключових подіях і суб'єктах, які мають особисте значення для пацієнта. На синтаксичному рівні відзначається відсутність пунктуації, яка перетворює текст на хаотичний потік висловлювань, ускладнюючи його структуру та розуміння.

Текстовий рівень демонструє ознаки словесного салату та персеверації, що вказує на дезорганізацію мислення та нав'язливе повторення певних ідей чи фраз. Крім того, графологічні особливості письмового мовлення, такі, як графічна акцентуація окремих слів, ненормативне використання великих літер або підкреслення, свідчать про емоційну напруженість пацієнта.

Отже, сукупність цих характеристик може бути використана для вдосконалення діагностичних методик у психолінгвістиці, забезпечуючи точніше

розрізнення мовленнєвих порушень, зокрема при шизофренії, і сприяючи розробці ефективніших підходів до їхньої діагностики та лікування.

У наступному розділі пропонуємо детальніше розглянути особливості асоціювання хворих на шизофренію, зосереджуючись на специфіці їхніх реакцій у вільному асоціативному експерименті, що дасть змогу отримати додаткові дані про порушення когнітивної та мовленнєвої діяльності.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛІНГВІСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АСОЦІЮВАННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Розділ присвячено психолінгвістичному дослідженню асоціювання у пацієнтів із шизофренією, зокрема через застосування методу вільного асоціативного експерименту (ВАЕ) для визначення специфіки внутрішніх процесів мовленнєвої діяльності цих пацієнтів. Описано значення ВАЕ у психолінгвістиці, особливості асоціативних реакцій як діагностичного критерію при шизофренії, методику проведення експерименту й подано аналіз отриманих результатів.

Цей розділ доповнює загальний комплекс дослідження шляхом деталізації одного з його ключових аспектів – асоціативної поведінки пацієнтів, що дає змогу інтегрувати отримані дані в ширший контекст аналізу мовлення.

3.1. Метод вільного асоціативного експерименту в психолінгвістичних дослідженнях

На думку С. Мартінек, «запропоновані лінгвістами гіпотези і результати, отримані шляхом лінгвістичної інтроспекції, повинні проходити експериментальну перевірку, а тому зростає значущість психолінгвістичних методів дослідження» [313, с. 7].

Одним із найпоширеніших психолінгвістичних методів є метод асоціативного експерименту. На переконання О. Сурмач, «асоціативні дослідження в основному спрямовані на пошук концептуальної та семантичної структури пам'яті людини. Асоціативні методики застосовуються в психодіагностиці при виявленні патологічних і афективних психічних станів, порушеннях мовлення, вивченні функціональної асиметрії мозку» [116, с. 23], що і зумовило актуальність застосування цього методу у нашому дослідженні.

Асоціативний експеримент спочатку використовували в психології, зокрема під час психодіагностики, як інструмент для дослідження структурних особливостей свідомості. Це експерименти таких учених, як Ф. Гальтон, В. Вундт, С. Копп, Р. Бессер, і М. Траутшольд [290], які досліджували різноманітність асоціативних ідей, часові характеристики виникнення асоціацій, а також створювали класифікації асоціативних процесів; Х. Монстергберг та його дослідження, присвячені вивченню особливостей особистості через аналіз асоціацій [240]; Дж. Кеттел здійснив масовий експеримент із залученням 500 респондентів і розробив нормативні таблиці для оцінки рівня інтелекту [152]; Е. Крепелін увів поняття «стійкості асоціацій» та запропонував установити норми стійкості для нормального і патологічного станів свідомості [57] тощо.

Наприкінці XIX – на початку XX століття експериментальні методи набули поширення і в лінгвістичних дослідженнях. Особливу значущість має спільна робота лінгвіста А. Тумба та психолога К. Марбе, які продемонстрували міждисциплінарний підхід до вивчення вербальних асоціацій. Дослідники довели, що вербальні асоціації формуються не лише як зв'язки між мовними одиницями, а й між елементами мовної структури, що відображає їхню тісну кореляцію з асоціативними процесами в мовленні [289].

На початку XX століття метод вільних асоціацій був інтегрований у психоаналітичну практику як засіб виявлення підсвідомих процесів психіки. Німецький психіатр і психоаналітик К. Юнг розглядав асоціативний експеримент як цінний діагностичний інструмент. Дослідник виявив, що латентний період реакції на слова-стимули значно подовжується, коли ці стимули асоціюються з травматичними обставинами. У процесі експерименту фіксувалися реакції респондента включно зі змінами частоти дихання, електропровідності шкіри та інших фізіологічних показників, що вказували на емоційну реактивність. Відхилення в реакціях на окремі стимули свідчили про наявність підсвідомих емоційних конфліктів, пов'язаних із конкретними словами [202].

Першим власне психолінгвістичним дослідженням стало створення асоціативних норм на основі асоціативних експериментів, виявлених американськими психологами Г. Кентом і А. Розановим (1910 р.). Дослідники застосували 100 найпоширеніших слів як стимулів на вибірці 1000 дорослих респондентів, різних за освітою, фахом, віком і статтю [208]. Подальший розвиток методу здійснив Дж. Діз, який виокремив закони вербальної асоціації та застосував факторний аналіз для вивчення структури асоціативних полів. Його підхід став основою для опису взаємозв'язків між асоціаціями [171]. Ідеї ж Дж. Діза розвивнув Г. Полліо, який досліджував вплив абстрактності стимулів на організацію асоціативних груп. Його роботи визначили ієрархію асоціативних реакцій і заклали підвалини для сучасного аналізу лексичного значення [251].

Сучасний огляд психолінгвістичних досліджень в Україні впевнено свідчить про активне використання ВАЕ в українському мовознавстві. Так, Т. Ковалевська здійснила ґрунтовне дослідження онімних асоціатів у контексті рекламного дискурсу [44], уклала асоціативний словник рекламних слоганів у співавторстві з Н. Кутузою [311], а також «Асоціативний словник української рекламної лексики» разом із Г. Сологуб та О. Ставченко [310]; Д. Плисак розглянув вплив особливостей когнітивного мислення в процесі розвитку мов на асоціативноформоване уявлення діяльності мовних систем у художньому дискурсі [95]; А. Ерліхман вивчає асоціативний компонент значення і розглядає його як засіб реалізації імпліцитності на матеріалі англomовних текстів ХХ ст. [27]; О. Яцкевич досліджувала асоціативний аспект концепту «воля» в українській мовній картині світу [133]; С. Форманова за допомогою ВАЕ виявляла мікросистеми оцінних назв в українській, російській та англійській мовах [125]; К. Тараненко використала асоціативний експеримент для дослідження прагматики антонімії української мови [118]; етнопсихолінгвістичні дослідження ВАЕ висвітлені в роботах Д. Терехової, яка зосереджує увагу на вивченні етноспецифічних характеристик образів світу шляхом аналізу окремих концептів [119], О. Денисевич використала ВАЕ як засіб дослідження соціального

портрету [25], уклала українсько-польський словник асоціатів [320], а також спільно з Т. Ковалевською здійснила психолінгвістичну інтерпретацію поняття *ДИМ* [45] тощо.

У всіх наведених дослідженнях центральним ї поняття асоціації як психоментального феномену. За визначенням Словника сучасної лінгвістики А. Загнітка, асоціація (лат. *associo, associatum* – приєднувати, долучати, прилаштовувати) – це «зв'язок між мовними одиницями за формальними або логіко-семантичними ознаками; у психолінгвістиці – форма зв'язку психічних явищ, у якій виникнення одного з них є стимулом для виникнення іншого [305, с. 72]. Сучасний тлумачний психологічний словник В. Шагара витлумачує асоціації як «зв'язок між психічними явищами, при якому актуалізація (сприйняття, уявлення) одного з них спричиняє появу іншого» [318, с. 29], Л. Калмикова розглядає асоціацію як «зв'язок між певними об'єктами або явищами, заснований на особистісному, суб'єктивному досвіді» [36, с. 43], а Л. Засекіна та С. Засекін визначають асоціацію як «пов'язування двох явищ, двох уявлень, двох об'єктів, як правило, стимулу й реакції» [31, с. 163]. На думку О. Селіванової, асоціація «є динамічним тимчасовим нервовим зв'язком між двома й більше психічними явищами (відчуттями, уявленнями, почуттями, думками, образами тощо), а також їхніми позначеннями у мові, який утворюється за певних умов на підставі умовного рефлексу суб'єктивного реагування на відповідні стимули» [104, с. 235]. Таким чином, асоціації є важливим механізмом для виявлення прихованих зв'язків між мовними одиницями та психічними процесами, що і визначає активне застосування відповідних експериментів у психолінгвістичних дослідженнях.

Характеризуючи різновиди асоціативних експериментів, Л. Калмикова виокремлює такі:

1. Вільний. Досліджуваним не ставиться жодних обмежень на реакції.

2. Спрямовуючий. Досліджуваним пропонується надати асоціації певного граматичного або семантичного класу (наприклад, дібрати відповідний прикметник до іменника).

3. Ланцюговий. Досліджуваним пропонують реагувати на стимул кількома асоціаціями (наприклад, дати за 20 секунд 10 реакцій) [36, с. 43-44].

У нашому дослідженні застосовано вільний асоціативний експеримент, який не обмежує інформантів щодо надання певних реакцій, що було дуже важливим з огляду на специфіку учасників експерименту. Крім того, як зазначає О. Горошко, ВАЕ «є одним із найпотужніших інструментів для дослідження специфіки мовної свідомості в малих соціальних групах. При цьому його інформаційна сила та значущість різко зростають в умовах девіантних або «закритих» спільнот, де часто неможливо або вкрай складно працювати іншими інтроспективними методами (опитувальники, психодіагностичні методики тощо)» [22]. Водночас О. Денисевич доводить, що «ВАЕ виявляється досить простим і водночас ефективним засобом досліджень у психолінгвістиці. Він дає «живий» матеріал для побудови асоціативних полів певних понять, реконструкції фрагментів мовної та концептуальної картин світу» [25].

Отже, простота виконання ВАЕ робить цей метод ідеальним для використання у дослідженнях із респондентами, які мають когнітивні труднощі. Методика не потребує складної підготовки чи виконання багаторівневих інструкцій. Учасникам достатньо лише озвучити перше слово, яке спадає на думку у відповідь на запропонований стимул. Це мінімізує когнітивне навантаження і значно полегшує участь для пацієнтів із порушеннями уваги, мислення чи пам'яті, які часто супроводжують шизофренію.

Досліджуючи процес асоціювання, Т. Ковалевська приходить до висновку, що асоціації є «спонтанною» експлікацією глибинних мисленнєвих структур,... що свідчить про складну психолінгвістичну й нейрофізіологічну природу феномену асоціювання, його імпліцитний та латентний характер» [39, с. 140].

Отже, процес асоціювання є складним і багаторівневим явищем, що містить як свідомі, так і підсвідомі механізми, які відображають глибинну структуру людського мислення, мовленнєвої діяльності та їхній взаємозв'язок.

Важливим етапом результування асоціативного експерименту є класифікація, систематизація отриманих реакцій. На переконання О. Селіванової, «типологія вербальних асоціацій є однією з найбільш дискусійних проблем психолінгвістики» [104, с. 237], цю думку підтримує і С. Мартінек, зазначаючи, що асоціації можуть бути пов'язані зі стимулом за кількома параметрами одночасно. Ситуацію ускладнює те, що значна частина отриманих реакцій містить багатозначні слова, які у поєднанні зі стимулом здатні формувати мінімальний контекст із неоднозначною інтерпретацією, що робить його преференційно непрозорим і не завжди уможливорює однозначне тлумачення [313].

У традиційному підході слова-реакції здебільшого розподіляють на два основні типи: синтагматичні та парадигматичні, що ґрунтуються на граматичному принципі (Н. Бутенко, Дж. Діз, Л. Калмикова, Т. Ковалевська, М. Кочерган та ін.). Синтагматичними асоціаціями називаються реакції (асоціації), граматичний клас яких відрізняється від граматичного класу слова-стимула (небо – блакитне, машина – їде, дерево – зелене). Парадигматичні асоціації – це слова-реакції того ж граматичного класу, що й слова-стимули (батько – мати, кішка – мишка) [36, с. 44]. У нашому дослідженні ми переважно спираємося на цю класифікацію.

Одним із ключових напрямів у відповідних психолінгвістичних дослідженнях є збір асоціативних реакцій, виявлення їхніх нормативних моделей та розробка на їх основі асоціативних словників і тезаурусів.

О. Горошко визначає асоціативний словник як «певну сукупність асоціативних норм, отриманих шляхом проведення асоціативного експерименту за визначеним списком стимульних слів. Іншими словами, модель асоціативного

словника являє собою впорядковану послідовність (сукупність) асоціативних полів, отриманих у результаті проведення систематичного асоціативного експерименту» [22]. Асоціативна норма, на думку дослідниці, – це «сукупність реакцій, зібрана від групи інформантів обсягом близько 1000 осіб, але іноді цей обсяг може бути «звужений» до 500–700 осіб, а для певних дослідницьких завдань допускаються асоціативні поля обсягом і до 100 одиниць» [22].

Перші асоціативні норми були опубліковані Г. Кентом та А. Розановим [208] у 1910 році і саме вони заклали основу для подальших досліджень у цій галузі. Наступні асоціативні норми вдруге були зібрані лише через 40 років. Це були так звані «Повні Міннесотські норми» (Russel, Jenkins, 1952) та «Коннектикутські норми» (Bousfield, 1953) роком пізніше.

У другій половині ХХ століття виникла тенденція до об'єднання різних асоціативних норм в єдину систему. Приміром, норми Джіроу та Полліо були створені на основі «Міннесотських» і «Коннектикутських» норм із додаванням власних даних, отриманих від інформантів Університету штату Теннессі [22].

Одним із найбільш цінних зібрань асоціативних норм вважається «Норми словесних асоціацій» під редакцією Л. Постмана [255], яке об'єднує майже всі зібрані раніше асоціативні норми для англійської, французької та німецької мов. У цей період також з'явилися польські асоціативні норми (Курч, 1967), болгарські (Герганов, 1984), голландські (Маде - ван Беккум, 1973), латиські (Улянов, 1989), узбецькі (Залевська, 1971), киргизькі (Тітова, 1975; Манликова, 1989) та казахські (Дмитрюк, 1998) тощо.

В українському мовознавстві особливий внесок у дослідження вербальних асоціацій зробила Н. Бутенко, яка займалася дослідженням та укладанням асоціативних норм і видала «Словник асоціативних норм української мови» [301], у якому дослідниця використала всі 100 слів списку Кента-Розанова, додавши ще 33 слова; та «Словник асоціативних означень іменників в українській мові» [208]. У 2000 р. вийшла ґрунтовна монографія Д. Терехової «Особливості сприйняття

лексичної семантики слів (психолінгвістичний аспект)» [120], де здійснено комплексне психолінгвістичне дослідження соматизмів у близькоспоріднених мовах, виявлено загальне і відмінне (специфічне) в семантичних асоціаціях носіїв цих мов. Зусиллями С. Мартінек у 2007 році був виданий «Український асоціативний словник» [313], де порівняно з іншими словниками розширено список слів-стимулів і розділено реакції представників чоловічої та жіночої статі.

Також, як ми зазначали, у 2001 році Т. Ковалевська, Г. Сологуб та О. Ставченко впорядкували та видали «Асоціативний словник української рекламної лексики» [310], який став першим в Україні асоціативним словником, спрямованим на виявлення специфіки асоціативного сприйняття рекламних слоганів. У 2011 році Т. Ковалевська у співавторстві з Н. Кутузою уклала «Короткий асоціативний словник рекламної лексики» [311], що продовжив дослідження в цій галузі.

Важливим внеском у розвиток асоціативної лексикографії став «Асоціативний онімічний словник» О. Карпенко [309], який містить 60 статей, заголовками-стимулами яких є власні назви. У 2023 році А. Загнітко та А. Жигай уклали асоціативний онлайн словник, присвячений темі війни на Сході України (2014-2021). Для отримання мовних результатів учням та ученицям Донеччини та Вінниччини, як зазначать укладачі, «було запропоновано виконати два завдання на тему «Збройний конфлікт на Сході України» у формі онлайн-опитування. У завданні було рекомендовано назвати не менше п'яти іменників-асоціацій та не менше п'яти дієслів-асоціацій, що необхідні, на погляд опитуваних, для опису заданої ситуації, що дає змогу оцінити широке коло лексики, яке постає і формується через актуалізацію усіх лексичних одиниць, що містять основне смислове навантаження з визначеної теми» [29, с. 164].

Отже, вільний асоціативний експеримент (ВАЕ) зарекомендував себе як один із найефективніших методів психолінгвістичних досліджень, даючи змогу виявляти глибинні зв'язки між мовними одиницями та когнітивними процесами. Його використання, починаючи з психологічних експериментів кінця ХІХ

століття і до сучасних психолінгвістичних досліджень, показало важливість інтеграції лінгвістичних та психологічних підходів. Метод ВАЕ дає змогу вивчати не лише власне асоціативні реакції, а й структуру мислення в цілому, що робить його універсальним інструментом для аналізу мовлення та розумових процесів у різних дослідницьких контекстах.

У наступному підрозділі представлено результати проведеного нами вільного асоціативного експерименту, здійсненого серед двох груп респондентів: пацієнтів із шизофренією та психічно здорових людей. Особливу увагу приділено порівнянню отриманих асоціативних реакцій, що дало змогу виявити специфічні риси асоціювання хворих на шизофренію.

3.2. Асоціювання як діагностичний критерій при шизофренії

Асоціативні процеси, так само, як і особливості мовлення, були предметом досліджень науковців із часу фіксації шизофренії як окремого захворювання. Так, Е. Блейлер та К. Юнг за допомогою ВАЕ досліджували галюцинації, маячні ідеї, сновидіння, химерні пози та жести хворих [131, с. 16]. У подальших дослідженнях О. Лурія запропонував свою модифікацію асоціативного експерименту – «зв'язну моторну методику», яка дає змогу враховувати не лише вимовлене слово, а й те, як воно було вимовлено. Ця методика, ґрунтуючись на методі ВАЕ, спрямована на визначення нервово-психічного стану респондента [73].

На сьогодні метод вільних асоціацій включений до популярних наборів тестів для оцінки когнітивних функцій у пацієнтів з афазіями чи психічними захворюванням, зокрема при шизофренії. Серед таких тестів – «Коротка оцінка когнітивних функцій у пацієнтів із шизофренією» (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) [206] та «Консенсусна когнітивна батарея MATRICS» (MATRICS Consensus Cognitive Battery, MCCB) [139]. Під час тестування пацієнтам пропонують протягом обмеженого часу (зазвичай 60 секунд) назвати

якомога більше асоціацій до певної літери алфавіту або до слів-стимулів із певної категорії (наприклад, тварини або продукти харчування). Такі тестування проводять з метою оцінки когнітивних функцій пацієнтів, зокрема швидкості мислення, мовної продуктивності, обсягу семантичної пам'яті, здатності до категоризації й асоціативного мислення. Ці тести дають змогу виявляти специфічні порушення, що можуть бути характерними для шизофренії, афазій чи інших психічних захворювань.

Важливість дослідження асоціативного фону хворих на шизофренію, актуальність методу вільних асоціацій у сучасних когнітивних тестах, а також відсутність подібних досліджень в українському мовознавстві спонукали нас провести відповідний психолінгвістичний експеримент, а саме ВАЕ, серед пацієнтів із шизофренією і психічно здоровими особами та здійснити порівняльний аналіз отриманих результатів.

Мета нашого експерименту – за допомогою ВАЕ виявити особливості асоціативного фону людей, які мають діагноз «шизофренія», та встановити характерні відмінності між асоціативним фоном психічно здорових респондентів та асоціативним фоном шизофреніків.

Стимульним матеріалом для експерименту послугував такий список із 11 слів: *мати* (англ. «*have*», враховуючи можливу неоднозначність сприйняття цього дієслова, ми пояснювали інформантам його значення), *говорити*, *любити*, *чоловік*, *жінка*, *дитина*, *небо*, *море*, *молитва*, *червоний* і *зелений*. Був обраний саме такий список слів, оскільки:

1. Слова охоплюють морфологічно різноплановий матеріал – 6 іменників, 3 дієслова та 2 прикметники;
2. Вони переважно мають емоційно-експресивне забарвлення, що сприяє виникненню усталених асоціацій, пов'язаних із суб'єктивним сприйняттям, викликають емоційні спогади, пов'язані з подіями, а також дають змогу висловити оцінку явищ із позиції мовця;

3. Ці слова є загальновідомими і найчастотнішими у розмовно-побутового стилі сучасної української мови, зокрема належать до 3000 найчастотіших слів розмовно-побутового стилю сучасної української мови, представлених у відповідних працях С. Бук [300] та наявних у списку слів Кента-Розанова [208].

Обрані нами слова-стимули не є абстрактними, іншомовними, термінами та практично не потребують додаткових пояснень і додаткових зусиль з боку інформантів.

Експеримент проводився в три етапи.

На першому етапі було залучено 10 пацієток із діагнозом шизофренія (четверо хворих відмовилися брати участь в опитуванні). Респондентки були жіночої статі, різного віку, освіти, соціального статусу та перебували на різних стадіях розвитку хвороби (проста, параноїдна та стан ремісії). До експерименту були залучені саме жінки, оскільки у спеціалізованих медичних закладах чоловіки та жінки перебувають у різних стаціонарних відділеннях відповідно до внутрішніх положень закладів охорони здоров'я і саме серед жінок нам дозволили здійснити опитування. Варто також зазначити, що до експерименту були залучені пацієнтки, які не брали участь у наших попередніх дослідженнях.

З огляду на особливість респонденток експеримент проводився в усній формі. Індивідуальні розмови з учасницями були записані на аудіоносії та потім перетворені у формат, доступний для читання та аналізу. Після обробки аудіозаписів здійснено первинну характеристику реакцій, що дало змогу виокремити ключові особливості відповідей.

Отримані реакції класифіковано

- 1) за структурою (одно-, дво-, три- і багатослівні та реченнєві);
- 2) за морфологічними особливостями, які визначаються залежно від частиномовної належності стимулів;
- 3) за належністю до парадигматичних чи синтагматичних реакцій;

4) за розподілом на ядрові та периферійні.

Метою такої класифікації є виявлення закономірностей асоціативного мислення, аналізу мовних процесів і визначення специфіки лексико-семантичних зв'язків у мовній свідомості респондентів. Додатково зауважимо, що критерії аналізу асоціатів можуть бути розширені (наприклад, можливий їх розподіл за апелятивними й онімними, фонетичними та ін.), проте особливості асоціативних реакцій наших інформантів визначили доцільність зосередження саме на зазначених критеріях систематизації реакцій.

На другому етапі було залучено 50 жінок, які не мали жодних психічних захворювань (відзначимо, що ми не отримали жодних відмов щодо участі в опитуванні, і це також виявляє певні відмінності між хворими та здоровими інформантами). Як і на першому етапі, учасниці мали різний вік, освіту та соціальний статус, а також не мали діагностованого психічного захворювання, що дало підстави вважати їх психічно здоровими. Після запису розмов і їх перетворення в текстовий формат проведено первинну характеристику й аналіз реакцій за тими ж критеріями, що і на першому етапі. Різна кількість опитаних на кожному з етапів була врахована при відсотковому обчисленні результатів.

Третій етап полягав у порівнянні результатів реакцій психічно хворих і психічно здорових жінок, із виокремленням спільних та відмінних характеристик.

Надалі деталізуємо отриманий фактичний матеріал.

3.2.1. Особливості асоціювання хворих на шизофренію

Відповідно до обраних слів-стимулів ми отримали 63 реакції пацієнток з діагнозом шизофренія:

Мати – вищу освіту; щось; можливості; любити; влада; відсутня асоціація (1).

Говорити – тільки правду; щось; любити; ось ти говориш, пояснюєш щось і щось; як Некрасов сказав «Всі ці добрі, потрібні, вічні...»; правду.

Любити – маму (2); перш за все Творця, Присвяту Трійцю; собак; це ти дивишся і закохуєшся; все.

Чоловік – всі чоловіки козли; не по чоловікам; він мій чоловік; мужик; кулаки; терпіння.

Жінка – мені не подобаються жінки, я бісексуалка; жінка як жінка; та яка народила; говорити багато непотрібного; розум; відсутня асоціації (1);

Дитина – я б від вас дитину народила б; у мене ж є дитина; мій малюк; яка гарна; допомогти; терпіння;

Небо – blue sky; повітря; воно синє; гарне; чистота; відсутня асоціації (1).

Море – чайки; пірати; океани; де воно блакитне; Зевс; холод.

Молитва – *хвора починає молитися на старослов'янській*; слово Ісуса; зібрання себе; молитися; віра; розуміння цієї молитви, якщо це дійсно молитва.

Червоний – red; колір такий; століття червоне; штани червоні; сонце; кров.

Зелений – хлорофітум; трава; зелені смужки; зелена трава; урюг; радість.

На основі проведеного першого етапу експерименту можна зробити такі узагальнення:

1) основною мовою усіх реакцій є українська, крім 2 іншомовних реакцій: небо – *blue sky*, червоний – *red*;

2) повторювана реакція зафіксована лише одна: любити – *маму* (2);

3) виявлено 3 випадки відсутності реакції на слова-стимули *мати*, *жінка* та *небо*, що може свідчити про індивідуальну неактуальність слів-стимулів для певних респонденток;

4) за структурою асоціацій на слово-стимул виникають такі реакції:

- однослівні: 53.97% (наприклад, *мати* – *щось*, *чоловік* – *терпіння*, *море* – *чайки* тощо);

- двослівні (службові слова рахуємо як окрему одиницю): 12.63% (наприклад, мати – *вищу освіту*, дитина – *мій малюк*, молитва – *слово Ісуса* тощо)
- трислівні: 11.11% (наприклад, чоловік – *всі чоловіки козли*, жінка – *говорити багато непотрібного*, море – *де воно блакитне*)
- реченнєві: 14.29% (наприклад, говорити – *як сказав Некрасов: «Всі ці добрі, потрібні, вічні ...»*, любити – *це ти дивишся і закохуєшся*, дитина – *я б від вас дитину народила* тощо).

Попри домінування однослівних реакцій, спостерігається значна кількість складніших, багатослівних і реченнєвих асоціацій. Це може свідчити про те, що процес асоціювання у хворих на шизофренію характеризується не лише автоматизованістю і лаконічністю, а й здатністю до створення розгорнутих і емоційно забарвлених відповідей. Такі реакції відображають індивідуальні когнітивні особливості, спроби деталізації або глибшого пояснення, що може вказувати на нестандартні підходи до інтерпретації стимулів;

5) аналіз асоціативних реакцій на 11 слів-стимулів, які представлені 6 іменниками (*чоловік, жінка, дитина, небо, море, молитва*), 3 дієсловами (*мати, говорити, любити*) та 2 прикметниками (*червоний, зелений*), виявив такі тенденції в частиномовному реагуванні респонденток із діагнозом шизофренія:

іменники як слова-стимули викликають найбільше асоціацій, пов'язаних з іменниками (у середньому 76.67%), що свідчить про схильність конкретизувати поняття через об'єкти, явища або абстрактні категорії. Наприклад, для стимулу *чоловік* характерними асоціаціями стали *мужик, кулаки, терпіння*, які підкреслюють сприйняття через соціальні ролі чи фізичні атрибути. Для *небо* типовими є *повітря, чистота*, що акцентує на статичному, узвичаєному сприйнятті. Реакції прикметниками (у середньому 23.33%) доповнюють ці асоціації описовими характеристиками. Наприклад, для моря характерними є *блакитне*, а для неба — *гарне*, що демонструє емоційний зв'язок і візуальні асоціації;

на дієслова-стимули (*мати, говорити, любити*) найбільше реакцій припадає на іменники (у середньому 55.56%), що вказує на тенденцію конкретизації дій через об'єкти чи поняття. Наприклад, для *мати* характерними реакціями є *вища освіта, можливості, влада*, що демонструє орієнтацію на ресурси та цінності. Дієслова складають 25.93% і підкреслюють процесуальний або емоційний аспект стимулів. Наприклад, для *говорити* характерною є реакція *любити*, яка описує динамічність мовленнєвої чи емоційної діяльності. Займенники (18.52%) вказують на когнітивну невизначеність чи узагальненість у сприйнятті стимулу, як у реакції *щось*;

на прикметники-стимули (*червоний, зелений*) пацієтки переважно реагують іменниками (у середньому 91.67%), що свідчить про асоціацію кольорів із конкретними об'єктами чи явищами. Наприклад, для *червоний* характерними є *кров, сонце, штани*, а для *зелений* — *трава, хлорофітум, радість*. Реакції прикметниками становлять 8.33%, причому єдина реакція *red* фактично дублює значення слова-стимулу *червоний*, виступаючи його перекладом.

Загалом, іменники домінують у реакціях незалежно від частини мови слова-стимулу (у середньому 73.33%). Це свідчить про прагнення респондентів конкретизувати поняття через об'єкти чи явища. Дієслова, які посідають друге місце (17.78%), відображають динамічний і емоційний аспекти сприйняття. Прикметники становлять 8.89%, виконуючи описову функцію, тоді як реченнєві реакції (3.33%) демонструють потребу в розгорнутому поясненні чи емоційній залученості.

Наведене дає підстави і для визначення пріоритетів парадигматичних чи синтагматичних реакцій, у межах яких фактичний матеріал уможливило висновок про домінування синтагматичних реакцій, до яких ми уналежнюємо і реченнєві реакції як приклади розгорнутого реагування на стимул. Це, на нашу думку, свідчить про спрощення когнітивних реакцій інформантів та їхню зосередженість на власних відчуттях та емоційних переживаннях, які вони прагнули щонайперше озвучити під час експерименту.

Крім того, маємо відзначити і неактуальність розподілу отриманих асоціатів на ядрові та периферійні, оскільки як ядрову можемо відзначити лише 1 повторювану двічі реакцію (любити – *маму* (2)). Це свідчить про певну дисоційованість мислення хворих на шизофренію від усталених асоціативних норм та зосередженість на власних переживаннях.

3.2.2. Особливості асоціювання психічно здорових осіб

На другому етапі дослідження ми отримали 548 асоціацій психічно здорових жінок:

Мати – гроші (10), дітей (6), надію (5), життя (3), свободу (3), щастя (3), щось (3), секс (2), освіту (2), талант (2), друга, можливість, обійми, клепку, владу, заощадження, відпустку, зв'язки, Бога в серці, сонце, шанс на успіх.

Говорити – думати (6), багато (5), швидко (5), професор (4), тихо (4), повільно (4), слова (3), промова (2), дурню, англійською, побачити, вічність, повторювати, мати свою думку, не мовчати, мікрофон, самій собі, сама з собою, співати, правду, тілом, чайка, speech, відсутність асоціації (2).

Любити – серце (6), людину (5), кохати (5), маму (5), сильно (5), довіра (4), себе (3), кішку (2), квіти (2), країну (2), приймати (2), макарони, щиро, життя, ненавидіти, боляче, бути вільною, Максим, бути щирим, love.

Чоловік – любов (6), коханий (5), жінка (5), турбота (5), красивий (4), сильний (4), мій (4), опора (3), годувальник (3), тато (3), егоїст (2), батько (2), справжній, надія, Дмитро, син.

Жінка – сильна (13), мама (7), ніжка (5), затишок (4), бабуся (4), краса (4), не посудомийка (2), мода (2), дитина (2), тендітна (2), на мільйон, рівність, фемінізм, незалежна, сміливість.

Дитина – немовля (6), ніжність (6), сім'я (5), любов (5), малюк (5), моя (4), рідна (4), іграшки (2), сльози (2), турбота (2), шум (2), смішна (2), підгузки, соплі, не люблю дітей, щаслива, янгол.

Небо – сонце (9), хмари (7), зірки (5), блакитне (5), космос (5), Бог (3), літаки (3), птахи (2), простір (2), рай (2), вітер (2), безкінечність (2), голубе, чисте, захід сонця.

Море – хвилі (6), чайка (5), синє (5), пляж (5), вітер (5), вода (4), літо (4), Одеса (4), пісок (2), шторм (2), річка, буря, тепле, плавати, дитинство, рибалка, засмагати, Ялта.

Молитва – Бог (12), віра (8), церква (7), хрест (5), надія (5), захист (2), сила (2), вдома (2), роздуми (2), гріх, душа, медитація, я не вірю в Бога, за родину.

Червоний – любов (9), помідор (7), яблуко (6), хрест (6), кров (4), троянда (3), небезпека (2), вогонь (2), кнопка (2), білий (2), заборона, мак, охорона, то любов, прапор, ягода, чорний.

Зелений – листя (11), трава (5), природа (5), світлофор (4), весна (4), екологія (3), здоров'я (3), яблуко (3), сад (2), ліс (2), спокій (2), радість (2), гай, партія, гори, зелене світло.

На підставі результатів другого етапу експерименту можна зробити такі узагальнення:

1) основною мовою усіх реакцій є українська, крім 2 ішомовних реакцій: говорити – *speech*, любити – *love*;

2) у кожній групі асоціацій за аналізованими стимулами є реакції, які виділяються частотою повторень. Приміром, жінка – *сильна* (13 реакцій), небо – *хмари* (7 реакцій), червоний – *помідор* (7 реакцій). Відзначимо і домінування першої реакції, що характеризує асоціативний фон жіночої аудиторії.

Часто повторювані реакції, на нашу думку, відображають спільні уявлення респонденток та поширені асоціації, які є типовими для більшості та свідчити про культурно закріплені зв'язки між словами-стимулами та їх значенням;

3) найменше реакцій отримано на слово-стимул «говорити» (48 реакцій);

4) за структурою асоціації на слово-стимул виникають:

- однослівні – 97.08% (наприклад, мати – *гроші*, жінка – *ніжна*, дитина – *янгол* тощо);

- двослівні – 1.82% (наприклад, говорити – *не мовчати*, жінка – *на мільйон*, небо – *захід сонця* тощо)

- трислівні – 0.91% (наприклад, мати – *Бога в серці*, говорити – *сама з собою*, дитина – *не люблю дітей* тощо)

- реченнєві – 0.18% (1 реакція: молитва – *я не вірю в Бога*).

Домінування однослівних асоціацій, на нашу думку, може вказувати на схильність до максимально лаконічного й узагальненого вираження думок, що свідчить про автоматизованість асоціативного процесу, який спрямований на швидке відображення ключової характеристики стимулу, мінімізуючи потребу в деталізації або розширеному поясненні.

Рідкісність складніших структур може свідчити про те, що респонденти зазвичай обирають простіші когнітивні стратегії, які не потребують глибокого обґрунтування чи детального аналізу стимулу. Натомість реченнєві асоціації, хоч і є поодинокими, можуть вказувати на унікальні емоційні чи когнітивні особливості окремих респонденток, які виходять за межі типових асоціативних реакцій, демонструючи сильніший емоційний зв'язок або потребу пояснення своєї асоціації;

5) аналіз асоціативних реакцій на 11 слів-стимулів, які представлені 6 іменниками (*чоловік, жінка, дитина, небо, море, молитва*), 3 дієсловами (*мати, говорити, любити*) та 2 прикметниками (*червоний, зелений*) виявив такі тенденції у частиномовному реагуванні:

іменники як слова-стимули викликають найбільше асоціацій, пов'язаних з іменниками (у середньому 89.12%), що вказує на схильність респондентів асоціювати ці слова зі специфічними предметами чи поняттями, тобто на

перевагу парадигматичних реакцій. Наприклад, для стимулу *чоловік* характерними реакціями стали *опора, годувальник, син*, які відображають соціальні та рольові функції чоловіка в уявленнях респонденток. Для стимулу *небо* типовими є реакції *сонце, хмари, зірки*, які підкреслюють природні для значення цієї лексеми асоціації. Реакції прикметниками трапляються рідше (у середньому 10.88%) і зазвичай стосуються опису властивостей або емоційного забарвлення стимулу. Наприклад, для *дитина* отримано реакції *щаслива, рідна, смішна*, які відображають позитивне сприйняття та емоційний зв'язок із поняттям дитинства, що теж характеризує специфіку фемінного асоціювання;

у реакціях на дієслова-стимули (*мати, говорити, любити*) домінують асоціації, пов'язані з іменниками (у середньому 69.84%), що вказує на схильність респондентів конкретизувати дії через предмети або поняття, які з ними асоціюються. Приміром, для слова-стимулу *мати* характерними реакціями є *гроші, життя, надія*, що демонструє зв'язок цього дієслова з цінностями чи благами. Для *любити* типовими є реакції *серце, людину, довіра*, які акцентують на емоційній сфері та виявляють пріоритети синтагматичного асоціювання. Значна частка асоціацій припадає і на реакції-дієслова (у середньому 15.45%), що відображає динаміку та процесуальний характер стимулів. Наприклад, для стимулу *говорити* характерними дієслівними реакціями є *думати, повторювати, співати*, які описують різні аспекти мовленнєвої діяльності. Прислівники складають 10.36% і зазвичай уточнюють спосіб виконання дії. Наприклад, для *говорити* реакціями стали *швидко, тихо, багато*, що підкреслює індивідуальні характеристики мовленнєвого процесу;

на прикметники-стимули (*червоний, зелений*) респонденти переважно реагують іменниками (у середньому 97.06%), що свідчить про їхню здатність викликати асоціації, пов'язані з конкретними предметами або явищами. Приміром, для слова-стимулу *червоний* характерними реакціями є *яблуко, хрест, кров*, що вказує на асоціації з об'єктами чи символами, які найчастіше асоціюються з цим кольором. Для *зелений* типовими є реакції *листя, трава*,

природа, які відображають зв'язок із природними елементами та екологією. Це в цілому свідчить про пріоритет синтагматичних реакцій на прикметникові стимули. Реакції прикметниками є поодинокими (*білий, чисте*) і складають лише 2.94%, підкреслюючи, що прикметники-стимули рідко викликають асоціації, які описують інші якості чи властивості.

Загалом, іменники залишаються найбільш частотними серед асоціацій незалежно від частини мови слова-стимулу (у середньому 81.98% від усіх реакцій). Прикметники та дієслова виконують допоміжну роль, описуючи властивості чи дії (наприклад, *дитина — щаслива, говорити — думати*), тоді як прислівники (*говорити — швидко*) та займенники (*говорити — самій собі*) є найменш поширеними, але виявляють особливості індивідуального асоціювання.

Порівняння отриманих реакцій здорових інформанток також дає підстави для визначення пріоритетів парадигматичних чи синтагматичних реакцій, у межах яких фактичний матеріал уможливорює висновок про домінування парадигматичних реакцій, що, на нашу думку, свідчить про актуальність когнітивних реакцій інформантів, пов'язану з вибором семантичних варіантів та відповідність усталеним нормам асоціювання.

Крім того, отримані реакції психічно здорових інформанток засвідчують актуальність розподілу асоціатів на ядрові та периферійні, які у відсотковому обчисленні становлять 85.97%, а не практичну відсутність ядрових реакцій у хворих на шизофренію (див. попередній підпункт). Це свідчить про активну асоційованість мислення здорових інформанток до усталених асоціативних норм та усталені стратегії когнітивного опрацювання зовнішніх стимулів.

3.2.3. Індивідуальна амплітуда асоціювання хворих на шизофренію

З огляду на особливість наших респондентів, ми вирішили провести розгорнутий аналіз індивідуальної амплітуди асоціювання пацієток із шизофренією, що дав змогу виявити низку особливостей. За необхідності після наведеного пункту в дужках указуємо відповідний тригерний стимул, який дав підстави для відповідних узагальнень.

Проілюструємо наші спостереження.

Пацієтка І., 38 років. Дігноз – проста форма шизофренії

1. Асоціювання пацієтки характеризується розкриттям особистих переживань, як-от, образи та спогади про негативний досвід, пов'язаний із певним словом-стимулом, наприклад, із чоловіками:

І: *Зі словом «чоловік»?*

П: *Всі чоловіки "коз-ли"...Тому що мене образили. Ображали мене у Бериславському медичному училищі...*

2. Розірваність та хаотичність асоціацій:

І: *Зі словом «дитина»*

П: *Дитина... Так, я б від Вас дитину родила б (сміється)... Дитина – це... Дитина – це немовля... Господи, помилуй... спокуси суцільні...*

3. Спостерігається виражене ставлення до сексуального аспекту життя, що зокрема відображається у реакції на слово-стимул «Жінка»:

І: *... яка у Вас асоціація зі словом «жінка»?*

П: *Жінка? ... (починає говорити пошепки) Мені не подобаються жінки. Я бісексуалка.*

4. Параноїдні думки:

П.: *... До мене пристають у душі, доторкаються до моєї п*ськи (статевий орган) (реакція на слово-стимул «жінка»).*

5. Спостерігаємо явище еротоманії (за визначенням Словника з психології, – це «ілюзія того, що вас любить інша людина, часто відома особа або хтось із вищим статусом» [319]):

П: ... *а ще в мене закоханий наш лікар...* (реакція на слово-стимул «жінка»).

Таке явище є одним із характерних розладів, що часто спостерігаються при шизофренії [94].

6. Еротизм (за визначенням Психологічного словника, – це «гіперсексуальність людини, хтивість, підвищений статевий потяг» [314, с. 102]):

І: *Зі словом «дитина»?*

П: *Дитина... Так, я б від Вас дитину родила б (сміється)...*

Г. Кочарян зазначає, що «у хворих на шизофренію лібідо може зазнавати різні зміни. Може йтися як про різні ступені його ослаблення навіть до повної відсутності, так і про його посилення» [55, с. 77], що й ілюструють зафіксовані реакції, часто зосереджені на еротичних відчуттях.

Пацієнтка О., 25 років. Діагноз - проста форма шизофренії

1. Спостерігається виражене ставлення до сексуальної аспекту життя, що відображається у реакції на слово-стимул «Чоловік»:

І: *Зі словом «чоловік»?*

П: *Чоловік?*

І: *Так.*

П: *Чоловік. Ну я не по чоловікам. Ну я не по дівчатам і не по чоловікам.*

2. Асоціативний фон пацієнтки характеризується розкриттям особистих переживань, знов-таки пов'язаних із сексуальними мотивам, скаргами на матеріальні труднощі:

1. І: *Зі словом «дитина»?*

П: *У мене ж є діти... Дитина є дитина... Ну порівняно зі мною, мене якби згвалтували у 16 років...*

2. І: Зі словом «мати»?

П: *Мати... Ну мати щось... Ну дивлячись що мати... Багатство мати там, щоб ми могли хоча б з собаками прожити. Ну ось отримується я прожила....*

Пацієнтка О., 36 років. Діагноз – проста форма шизофренії

1. Ми зафіксували випадок вербігерації, який виявився у повторенні пацієнткою однотипних слів або фраз без змістового навантаження:

І: Зі словом «море»?

П: *Океани, океан, океани, знову океани...*

2. Реакція, пов'язана з процесом проведення експерименту. Такого типу реакції показують, що пацієнтка реагує не лише на слово-стимул, а й на саму ситуацію експерименту, виражаючи власні переживання та спонтанні думки.

І: Зі словом «чоловік»?

П: *Він мій чоловік (сміється)... Мені буквально прийшло це в голову....*

І: Зі словом «море»?

П: *Океани, океан, океани, знову океани... Так, мені чогось зараз прийшло таке в голову (сміється).*

І: Зі словом «зелений»?

П: *Мені зараз взагалі прийшло в голову: зелені смужки і там в зеленому одязі, людина у камуфляжі, але не обов'язково у військовому, просто у смужках, в одязі, без зброї... Партію теж згадала. «Зелене яблуко» було і ще щось... Давно, щось давно таке було.*

Пацієнтка О., 22 роки. Діагноз – проста форма шизофренії

1. Асоціативний фон пацієнтки характеризується розкриттям особистих переживань, пов'язаних із сімейними стосунками:

І: Зі словом «любити»?

П: *Любити – це ти дивишся і закохуєшся... Ось я, наприклад, люблю свого сина. В мене ж син, в мене є чоловік. Я його, їх сильно люблю.*

2. Реакція, пов'язана з процесом проведення експерименту:

І: *Зі словом «говорити»?*

П: *Говорити – це, ось ти говориш, пояснюєш щось і щось... Мені приходить в голову, говорити – це син, батько, батько, брат*

Пацієнтка І., 60 років. Діагноз – параноїдна шизофренія

1. Асоціативний фон пацієнтки характеризується розкриттям особистих переживань, як-от бажання знайти своїх дітей:

І: *Які у Вас асоціації зі словом «мати»?*

П: *Мати... Нічого не приходить в голову. Все є, слава Богу. Дітки, хочу їх знайти, хочу...*

2. Спостерігаються ознаки втоми та когнітивної розгубленості:

І: *Зі словом «говорити»?*

П: *Зараз я якось хворію, в мене жар, я може цей, трошки втомилась... важкі дні були.*

3. Розірваність та хаотичність асоціацій:

І: *Зі словом «море»?*

П: *Зевс... Я вчора молилась... Снігова королева вчора прийшла, вона як побачить ці, ці точки...*

4. Спостерігається змішання реальних подій і фантазій, як-от посилення на міфічних персонажів та казкові образи:

П: *Море... Зевс... Снігова королева вчора прийшла, вона як побачить ці точки... (реакція на слово-стимул «море»).*

5. Фрагментарність асоціацій і перемикання уваги:

І: *Зі словом «червоний»?*

П: *Червоний... Сонце... Мама говорила: «Йди подивись»...*

6. Реакція, пов'язана з процесом проведення опитування:

I: Яка у Вас асоціація з словом «мати»?

П: *Мати... Нічого не приходить в голову. Все є, слава Богу. Дітки, хочу їх знайти, хочу...*

I: Зі словом «небо»?

П: *Небо... У мене зараза голова... мені зараз нічого в голову не приходить. Я просто так з Вами розмовляю, спілкуюсь... Небо гарне...*

Пацієнтка К., 29 років. Діагноз – шизофренія у стані ремісії

Нами не було помічено особливостей в асоціативному фоні пацієнтки, що свідчить про адекватність її реакцій. Припускаємо, що асоціативний фон у стані ремісії є показником тимчасового послаблення симптомів захворювання.

Отже, аналіз індивідуальної амплітуди асоціювання хворих на шизофренію дав змогу виявити додаткові особливості, зокрема: розкриття особистих переживань, виражене зосередження на сексуальних аспектах життя, розірваність та хаотичність асоціацій, ознаки втоми та когнітивної розгубленості, змішування реальних подій і фантазій, фрагментарність асоціацій і перемикання уваги. Такі особливості, на нашу думку, є характерними для пацієнтів із порушенням вищих психічних функцій, зокрема уваги та мислення.

Також важливо зазначити, що пацієнтка, яка на момент опитування перебувала у стані ремісії, не демонструвала яскраво виражених патологічних особливостей асоціювання, що доводить той факт, що під час ремісії «відмічається значне зменшення психопатологічної симптоматики» [80, с. 344].

3.2.4. Результати експериментального дослідження

Ми провели вільний асоціативний експеримент, у якому стимульним матеріалом послугував список із 11 слів: говорити, любити, чоловік, жінка, дитина, небо, море, молитва, червоний і зелений. З огляду на особливості респонденток, дослідження проводилося виключно в усній формі, що сприяло створенню комфортної атмосфери для вільного асоціювання.

Експеримент складався з трьох етапів. На першому було залучено 6 пацієток із діагнозом шизофренія (проста форма, параноїдна форма, шизофренія у стані ремісії). Цей етап дав змогу зібрати 53 реакції. На другому етапі участь взяли 50 психічно здорових жінок, що дало змогу отримати 548 реакцій.

Результати асоціативного експерименту серед хворих на шизофренію та здорових респондентів виявили як відмінності, так і певні схожості у процесах асоціювання, що виявляються на всіх рівнях аналізу.

Основною мовою реакцій в обох групах була українська, хоча в кожній зафіксовано по два випадки іншомовних асоціацій. У хворих це були небо – *blue sky*, червоний – *red*, а у здорових: говорити – *speech* та любити – *love*, що свідчить про переважне використання рідної мови у процесі асоціювання.

У ході дослідження в обох групах респондентів були зафіксовані випадки відсутності реакцій на слова-стимули. Зокрема, у пацієнтів із шизофренією відсутність реакції спостерігалася на слова *мати*, *жінка* та *небо* (загалом три випадки), тоді як у групі здорових респондентів найменше реакцій було отримано на слово-стимул *говорити*, що може свідчити про знижену актуальність цих лексем для респонденток або ж про інші індивідуальні особливості сприйняття.

З огляду на кількість респондентів, частота повторюваних реакцій була значно вищою у здорових респондентів. Наприклад, типові асоціації характерні для стимулів жінка – *сильна* (13 реакцій), небо – *хмари* (7 реакцій). У пацієток із шизофренією зафіксовано лише одну повторювану реакцію: любити – *маму* (2), що

свідчить про дисоційованість мислення таких інформанток та практичну відсутність усталених асоціативних стратегій. Наведене, у свою чергу, дає підстави для висновку про те, що наявність чи відсутність усталених (ядрових) асоціативних реакцій є релевантним критерієм у визначенні психічних патологій.

Структурний аналіз асоціацій виявив різні тенденції. У пацієнток із шизофренією реакції були значно варіативнішими: однослівні – 53.97%, двослівні – 12.63%, трислівні – 11.11%, реченнєві – 14.29%. У здорових домінували однослівні реакції (97.08%), тоді як двослівні становили 1.82%, трислівні – 0.91%, а реченнєві – лише 0.18%.

Частиномовний аналіз показав, що іменники домінували в реакціях обох груп, але з різною частотою: у хворих – 73.33%, у здорових – 81.98%. Дієслова посіли друге місце (17.78% у пацієнток із шизофренією та 15.45% у психічно здорових респонденток). Прикметники становили 8.89% у респонденток із діагнозом шизофренія і лише 2.94% у психічно здорових.

Аналіз реакцій на різні частини мови слова-стимулу також демонструє деякі відмінності. Іменники-стимули в обох групах викликали найбільшу кількість іменникових асоціацій. У хворих на шизофренію вони часто мали абстрактний чи емоційний характер (чоловік – *кулаки*), тоді як у здорових вони були більш соціально й культурно стандартизованими (чоловік – *годувальник*). На дієслова-стимули пацієнтки із шизофренією частіше реагували процесуально або емоційно, наприклад, говорити – *любити*, тоді як у здорових респонденток домінували узагальнені категорії (говорити – *думати*). Прикметники-стимули викликали у пацієнток із шизофренією асоціації, що часто формувалися через описові конструкції, спрямовані на уточнення або деталізацію стимулу: червоний – *колір такий*, тоді як у здорових вони були типовими й пов'язаними із загальноприйнятими об'єктами (червоний – *яблуко*).

Наведене, у свою чергу, дає підстави для висновку про домінування синтагматичних реакцій у інформантів із шизофренією та пріоритетність

парадигматичних реакцій, пов'язаних з необхідністю активації когнітивних механізмів, у здорових інформантів.

Крім того, особливої уваги заслуговує й аналіз індивідуальної асоціативної амплітуди хворих на шизофренію. Виявлені особливості асоціативного процесу вказують на глибокі порушення уваги, мислення та когнітивної організації мовлення у пацієнтів із шизофренією. Так, пацієнтки часто зверталися до особистих переживань, включаючи травматичний досвід, матеріальні труднощі чи сімейні стосунки, що відображалось у глибоких емоційних відповідях. Реакції нерідко торкалися інтимних тем, демонструючи посилену увагу до сексуальної сфери життя. Характерними були розірваність і хаотичність асоціацій, які виявлялись у нелогічності, фрагментарності та швидкому перемиканні уваги. У деяких випадках спостерігалися ознаки втоми та когнітивної розгубленості, а також змішування реальних подій із фантазіями, що вказувало на розшарованість меж між реальністю та вигаданими уявленнями.

Водночас відсутність таких порушень у стані ремісії свідчить про можливість тимчасового зменшення психопатологічних виявів, що відкриває перспективи для реабілітаційних заходів.

Отже, результати експерименту демонструють, що процес асоціювання у хворих на шизофренію є більш варіативним, емоційно забарвленим та орієнтованим на деталізацію та власні переживання. Здорові респонденти, навпаки, демонструють стандартизованість, лаконічність і автоматизованість реакцій. Така відмінність свідчить про суттєві когнітивні відмінності між групами, що можна використати для подальшого дослідження механізмів асоціативного процесу та діагностичних критеріїв.

Висновки до розділу 3

У розділі детально розглянуто експериментальний фонд психолінгвістики й акцентовано на вагомості асоціативного експерименту як провідного у відповідних дослідженнях. Схарактеризовано природу асоціацій, пояснено мету асоціативних експериментів та їхні різновиди, серед яких на особливу увагу у межах нашого дослідження заслуговує вільний асоціативний експеримент (BAE), який зарекомендував себе як один із найефективніших методів психолінгвістичних досліджень, даючи змогу виявляти глибинні зв'язки між мовними одиницями та когнітивними процесами. Його використання, починаючи з психологічних експериментів кінця XIX століття і до сучасних психолінгвістичних досліджень, показало важливість інтеграції лінгвістичних та психологічних підходів.

Метод BAE дає змогу вивчати не лише власне асоціативні реакції, а й структуру мислення в цілому, що робить його універсальним інструментом для аналізу мовлення та розумових процесів у різних дослідницьких контекстах. BAE дає змогу виявляти асоціативні зв'язки між мовними одиницями, реконструювати мовні та концептуальні картини світу, а також діагностувати когнітивні й мовленнєві порушення.

Також наголошено на валідності BAE саме в межах нашого дослідження, оскільки BAE не обмежує інформантів щодо надання певних реакцій, що було дуже важливим з огляду на специфіку учасників експерименту. Зазначено, що простота виконання BAE робить цей метод ідеальним для використання у дослідженнях із респондентами, які мають когнітивні труднощі. Метод не потребує складної підготовки чи виконання багаторівневих інструкцій. Учасникам достатньо лише озвучити перше слово, яке спадає на думку у відповідь на запропонований стимул. Це мінімізує когнітивне навантаження і

значно полегшує участь для пацієнтів із порушеннями уваги, мислення чи пам'яті, які часто супроводжують шизофренію.

Мета експерименту – за допомогою ВАЕ виявити особливості асоціативного фону людей, які мають діагноз «шизофренія», та встановити характерні відмінності між асоціативним фоном психічно здорових респондентів та асоціативним фоном шизофреніків.

Інформантами нашого експерименту стали 10 жінок, хворих на шизофренію, та 50 психічно здорових жінок, еакції яких залучені для здійснення порівняльного аналізу отриманих від зазначених двох груп реакцій.

Стимульним матеріалом для експерименту послуговував такий список 11 слів: *мати* (англ. «*have*», враховуючи можливу неоднозначність сприйняття цього дієслова, ми пояснювали інформантам його значення), *говорити*, *любити*, *чоловік*, *жінка*, *дитина*, *небо*, *море*, *молитва*, *червоний* і *зелений*. Був обраний саме такий список слів, оскільки ці слова охоплюють морфологічно різноплановий матеріал – 6 іменників, 3 дієслова та 2 прикметники; вони переважно мають емоційно-експресивне забарвлення, що сприяє виникненню усталених асоціацій, пов'язаних із суб'єктивним сприйняттям, викликають емоційні спогади, пов'язані з подіями, а також дають змогу висловити оцінку явищ із позиції мовця; вони є загальновідомими і найчастотнішими у розмовно-побутового стилі сучасної української мови, що засвідчують посилення на відповідні лексикографічні праці. Крім того, ці лексеми мають конкретну природу, не є іншомовними, термінами та практично не потребують додаткових пояснень і додаткових зусиль з боку інформантів.

Описано алгоритм дослідження, який становить єдність трьох етапів, де на першому етапі проводиться експеримент із хворими на шизофренію, на другому – з психічно здоровими респондентами, на третьому – відбувається порівняльний аналіз отриманих асоціатів.

Аналіз отриманих асоціацій здійснено за такими критеріями, як структура (одно-, дво-, три- і багатослівні та реченнєві); морфологічні особливості асоціатів залежно від частиномовної належності стимулів; належність до парадигматичних чи синтагматичних реакцій; ядровість чи периферійність зафіксованих асоціатів.

У межах першого етапу аналіз асоціатів, наданих інформантами, хворими на шизофренію, дав підстави для таких висновків:

- 1) основною мовою усіх реакцій є українська;
- 2) виявлено 3 випадки відсутності реакції на певні стимули;
- 3) за структурою виокремлюємо 53.97% однослівних реакцій; 12.63% двослівних; 11.11% трислівних; та 14.29% реченнєвих;

4) частиномовний аналіз отриманих асоціатів виявив таке: а) іменники як слова-стимули викликають найбільше іменникових асоціацій (у середньому 76.67%); б) на дієслова-стимули найбільше реакцій припадає теж на іменники (у середньому 55.56%); на прикметники-стимули пацієтки переважно реагують іменниками (у середньому 91.67%). Загалом іменники домінують у реакціях незалежно від частини мови слова-стимулу (у середньому 73.33%). Це свідчить про прагнення респондентів конкретизувати поняття через об'єкти чи явища. Дієслова, які посідають друге місце (17.78%), відображають динамічний і емоційний аспекти сприйняття. Прикметники становлять лише 8.89%, що виступає своєрідним маркером шизофренії;

5) наведене дає підстави і для визначення пріоритетів парадигматичних чи синтагматичних реакцій, у межах якої фактичний матеріал уможлиблює висновок про домінування синтагматичних реакцій, до яких ми уналежнюємо і реченнєві реакції як приклади розгорнутого реагування на стимул;

б) відзначаємо неактуальність розподілу отриманих асоціатів на ядрові та периферійні, що свідчить про певну дисоційованість мислення хворих на шизофренію від усталених асоціативних норм та зосередженість на власних переживаннях.

У межах другого етапу аналіз асоціатів, наданих психічно здоровими інформантами, дав підстави для таких висновків:

- 1) основною мовою усіх реакцій є українська;
- 2) за структурою виявлено такі асоціації на слово-стимул: однослівні (97.08%); двослівні (1.82%); трислівні (0.91%); реченнєві (0.18%);
- 3) частиномовний аналіз отриманих асоціатів виявив такі тенденції:
 - а) іменники як слова-стимули викликають найбільше асоціацій, пов'язаних з іменниками (у середньому 89.12%); б) у реакціях на дієслова-стимули домінують асоціації, пов'язані з іменниками (у середньому 69.84%); в) на прикметники-стимули респонденти переважно реагують іменниками (у середньому 97.06%).

Загалом, іменники залишаються найбільш частотними серед асоціацій незалежно від частини мови слова-стимулу (у середньому 81.98% від усіх реакцій).

Порівняння отриманих реакцій здорових інформанток також дає підстави для визначення пріоритетів парадигматичних чи синтагматичних реакцій, у межах яких фактичний матеріал уможливорює висновок про домінування парадигматичних реакцій реакцій, що, на нашу думку, свідчить про актуальність когнітивних реакцій інформантів, пов'язану з вибором семантичних варіантів та відповідність усталеним нормам асоціювання.

Крім того, отримані реакції психічно здорових інформанток засвідчують актуальність розподілу асоціатів на ядрові та периферійні, які у відсотковому обчисленні становлять 85.97%, а не практичну відсутність ядрових реакцій у хворих на шизофренію (див. попередній підпункт). Це свідчить про активну асоційованість мислення здорових інформанток до усталених асоціативних норм та усталені стратегії когнітивного опрацювання зовнішніх стимулів.

На третьому етапі експериментального дослідження здійснено порівняння асоціативних реакцій, отриманих від інформантів, хворих на шизофренію, та психічно здорових осіб. Зауважимо, що кількісні характеристики здійсненого

порівняння представлені у відсотках з огляду на безпосередню кількість задіяних інформантів. Здійснений аналіз дав підстави для таких висновків:

- основною мовою реакцій в обох групах була українська;
- у ході дослідження в обох групах респондентів були зафіксовані випадки відсутності реакцій на слова-стимули, що може свідчити про знижену актуальність цих лексем для респонденток або ж про інші індивідуальні особливості сприйняття;
- частота повторюваних реакцій була значно вищою у здорових респондентів, у пацієток із шизофренією зафіксовано лише одну повторювану реакцію, що свідчить про дисоційованість мислення таких інформанток та практичну відсутність усталених асоціативних стратегій. Наведене, у свою чергу, дає підстави для висновку про те, що наявність чи відсутність усталених (ядрових) асоціативних реакцій є релевантним критерієм у визначенні психічних патологій.

Структурний аналіз асоціацій виявив різні тенденції. У пацієток із шизофренією реакції були значно варіативнішими: однослівні – 53.97%, двослівні – 12.63%, трислівні – 11.11%, реченнєві – 14.29%. У здорових домінували однослівні реакції (97.08%), тоді як двослівні становили 1.82%, трислівні – 0.91%, а реченнєві – лише 0.18%. Така структура асоціацій свідчить про схильність психічно здорових респонденток до лаконічності та автоматизованого відображення стимулів, тоді як пацієтки із шизофренією демонстрували здатність до більш деталізованого, емоційно забарвленого асоціювання.

Частинимовний аналіз показав, що іменники домінували в реакціях обох груп, але з різною частотою: у хворих – 73.33%, у здорових – 81.98%. Дієслова посіли друге місце (17.78% у пацієток із шизофренією та 15.45% у психічно здорових респонденток). Прикметники становили 8.89% у респонденток із діагнозом шизофренія і лише 2.94% у психічно здорових. Це вказує на більшу різноманітність когнітивних стратегій у хворих, які активніше використовували

прикметники й дієслова для інтерпретації стимулів, проте практично всі ці реакції мали не об'єктивний (раціональний, відповідний до усталених когнітивних стратегій сприйняття), а суб'єктивний, зосереджений виключно на особистих переживаннях, характер.

Аналіз реакцій на різні частини мови слова-стимулу також демонструє деякі відмінності. Іменники-стимули в обох групах викликали найбільшу кількість іменникових асоціацій. У хворих на шизофренію вони часто мали абстрактний чи емоційний характер, тоді як у здорових вони були більш соціально й культурно стандартизованими. На дієслова-стимули пацієнтки із шизофренією частіше реагували процесуально або емоційно, тоді як у здорових респонденток домінували узагальнені категорії. Прикметники-стимули викликали у пацієнток із шизофренією асоціації, що часто формувалися через описові конструкції, спрямовані на уточнення або деталізацію стимулу, тоді як у здорових вони були типовими й пов'язаними із загальноприйнятими об'єктами.

Наведене, у свою чергу, дає підстави для висновку про домінування синтагматичних реакцій у інформантів із шизофренією та пріоритетність парадигматичних реакцій, пов'язаних з необхідністю активації когнітивних механізмів, у здорових інформантів.

Крім того, у розділі здійснено й аналіз індивідуальної асоціативної амплітуди хворих на шизофренію. Виявлені особливості асоціативного процесу вказують на глибокі порушення уваги, мислення та когнітивної організації мовлення у пацієнтів із шизофренією. Так, пацієнтки часто зверталися до особистих переживань, включаючи травматичний досвід, матеріальні труднощі чи сімейні стосунки, що відображалось у глибоких емоційних відповідях. Реакції нерідко торкалися інтимних тем, демонструючи посилену увагу до сексуальної сфери життя. Характерними були розірваність і хаотичність асоціацій, які виявлялись у нелогічності, фрагментарності та швидкому перемиканні уваги. У деяких випадках спостерігалися ознаки втоми та когнітивної розгубленості, а

також змішування реальних подій із фантазіями, що вказувало на розшарованість меж між реальністю та вигаданими уявленнями.

Водночас відсутність таких порушень у стані ремісії свідчить про можливість тимчасового зменшення психопатологічних виявів, що відкриває перспективи для реабілітаційних заходів.

Отже, результати експерименту демонструють, що процес асоціювання у хворих на шизофренію є більш варіативним, емоційно забарвленим та орієнтованим на деталізацію та власні переживання. Здорові респонденти, навпаки, демонструють стандартизованість, лаконічність і автоматизованість реакцій. Така відмінність свідчить про суттєві когнітивні відмінності між групами, що можна використати для подальшого дослідження механізмів асоціативного процесу та діагностичних критеріїв.

РОЗДІЛ IV. АЛГОРИТМ ПСИХОЛІНГВІСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВИЯВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Розділ присвячено огляду експериментально-психологічних досліджень при діагностуванні психічних розладів. Особливу увагу звернено на підходи до діагностування розладів форм мислення (РФМ), які є фундаментальними при діагностуванні шизофренії.

Представлено розробку авторського алгоритму психолінгвістичного дослідження виявів шизофренії та верифіковано його застосування під час проведення експерименту.

4.1. Експериментально-психологічні дослідження при діагностуванні психічних захворювань

На думку Г. Сонника, «у психіатричній діагностичній практиці провідне місце належить клінічним та параклінічним методам обстеження» [113, с. 109]. До клінічних методів уналежнюють: 1) спостереження за поведінкою хворого; 2) опитування хворого (бесіда); 3) аналіз анамнестичних даних, які складаються із суб'єктивних (отриманих безпосередньо від хворого) та об'єктивних (зі слів рідних чи тих осіб, хто добре знає хворого); 4) клінічне обстеження соматичного і неврологічного станів хворого та стану усіх сфер його психіки [80]. Параклінічні, як зазначає, В. Федосєєв, «у психіатрії застосовуються як допоміжні» [24, с. 11], зокрема це такі методи, як «комп'ютерна томографія, ядерно-магнітно-резонансне дослідження мозку, електроенцефалографічне дослідження для діагностики та диференційної діагностики психічних розладів органічного генезу (деменція, шизофренія, розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин тощо)» [124, с. 11].

Проте, як зазначає О. Напрєєнко, «у процесі клінічного обстеження психічно хворих можуть виникати труднощі з діагностикою ініціальних, маловиражених розладів психіки і оцінкою збережених рис особистості, навичок, умінь і т. ін.» [80, с. 60]. У такому випадку лікарі-психіатри застосовують експериментально-психологічне дослідження, метою якого «є виявлення порушень психічних процесів (сприйняття, уваги, мислення, пам'яті, емоцій тощо) і загалом особистості» [80, с. 118]. Крім того, Г. Сонник наголошує, що «практичного лікаря-психіатра першочергово повинна цікавити загальна оцінка психічного стану хворого, різновиди аспектів його психічної діяльності. Тому слід користуватися всіма групами методик і в протоколі дослідження відмічати не тільки відповіді хворого, а й особливості його поведінки під час проведення дослідження, його висловлювання, ставлення до обстеження тощо» [113, с. 118].

Нижче наведемо деякі із методів експериментально-психологічних досліджень.

Приміром, *інтелект* зазвичай оцінюють за допомогою тесту Векслера, який визначає коефіцієнт інтелектуальності (IQ). Значення нижче 50 свідчать про імбецильність, від 50 до 70 — про легку розумову відсталість, а показники близько 100 вважаються нормою [162]. Для оцінки уваги застосовують коректурні проби та таблиці Шульте, які дають змогу виявити кількість помилок, швидкість виконання завдань і здатність концентруватися протягом певного часу [79, с. 280]. Пам'ять досліджують шляхом запам'ятовування та подальшого відтворення слів або історій. Перевіряється як короткочасна пам'ять (безпосереднє відтворення), так і тривала (відтворення через 1–2 години). Крім того, досліджується здатність хворого створювати цілісні розповіді після прослуханого або прочитаного тексту, що дає змогу оцінити логічність та стійкість уваги [80]. Емоційна сфера пацієнта оцінюється через самооцінку за спеціальними шкалами, такими, як шкала Люшера, а також шкалами Спілбергера та Гамільтона, які дають змогу виявити депресивні вияви [79]. У дослідженні моторних функцій використовують різноманітні проби, серед яких складання

лабіринтів, кольорової мозаїки, конструктивні завдання, а також серійну динамометрію та проби на координацію рухів.

Мислення аналізують за допомогою сюжетних картинок, де хворому пропонують описати, що саме відбувається на малюнках, а також скласти розповідь за серією картинок, встановивши послідовність подій. Додатково проводять асоціативний експеримент, у якому хворому потрібно швидко відповідати на слова-стимули загальним або узагальнювальним словом, що дає змогу оцінити швидкість мислення, когнітивну гнучкість та здатність до узагальнення. Для дослідження абстрактного мислення застосовують методику класифікації об'єктів за Протопоповим-Рушкевичем, яка містить низку завдань із групування предметів за певними ознаками та пояснення логіки об'єднання [113].

Мовлення є центральним компонентом клінічного обстеження, оскільки під час діалогу з лікарем пацієнт передає важливу інформацію про свій внутрішній стан. Комунікація дає змогу виявити як явні симптоми (наприклад, галюцинації чи маячні ідеї), так і приховані порушення (навіжливі думки, деперсоналізацію), які не завжди очевидні при поверхневому спостереженні. Аналіз мовлення також допомагає лікареві зафіксувати не лише зміст того, що говорить пацієнт, а й спосіб, у який він структурує думки та виражає їх. Саме цей спосіб організації мислення, що експлікується через мовлення, є ключовим для виявлення розладів форми мислення.

Розлади форми мислення (РФМ) — це порушення, які стосуються не стільки змісту думок, як при маячних ідеях, скільки форми мислення, тобто способу його організації та вираження через мовлення [213]. Такі порушення виявляються у відхиленнях логіки, послідовності та структури висловлювань, що може свідчити про глибокі розлади психічної діяльності. РФМ є трансдіагностичним клінічним конструктом, тобто можуть спостерігатися при різних психічних розладах, таких, як великий депресивний, біполярний розлад, нейрокогнітивні, особистісні розлади та шизофренія [214]. Саме при шизофренії

РФМ вважаються фундаментальними, оскільки вони часто лежать в основі патології мислення та мовлення, визначаючи характерні симптоми цього розладу.

У сучасній психіатрії для діагностування РФМ використовують стандартизовані шкали, які підвищують точність діагнозу та допомагають оцінити тяжкість розладів. Однією з найважливіших є Шкала розладів мислення та мови (TALD) [214]. Ця шкала охоплює 30 симптомів РФМ та розділяє симптоми на об'єктивні (позитивні й негативні) та суб'єктивні (позитивні й негативні).

Кожен симптом оцінюється за шкалою від 0 до 4:

0 – відсутність симптому;

1 – сумнівний (може зустрічатися й у здорових осіб);

2 – легкий;

3 – помірний;

4 – тяжкий [64].

Серед інших стандартизованих підходів до діагностики РФМ виділяють Шкалу розладів мислення, мови та спілкування (The Thought, Language, and Communication Disorders (TLC) scale) [136], Індекс мислення та мови (The Thought and Language Index (TLI)) [219] та Індекс розладів мислення (The Thought Disorder Index (TDI)) [201].

Шкала TLC базується на описовій психопатологічній традиції та містить 20 симптомів РФМ, приміром, збіднілість мовлення («обмеження кількості спонтанного мовлення, через що відповіді на запитання зазвичай короткі, конкретні та нерозгорнуті [136]»), бідність змісту («мовлення зазвичай є нечітким, часто надто абстрактним або надто конкретним, повторюваним та стереотипним [136]»), мовленнєвий натиск («збільшення обсягу спонтанного мовлення порівняно з тим, що вважається звичайним або соціально прийнятним. Пацієнт говорить швидко, і його важко перервати [136]»), відволікання, тангенційність («відповідь на запитання дається опосередковано, відхиляючись

від теми або навіть не стосується суті питання [136]»), порушення когерентності, «сходження з рейок», алогізми, «брякання» («модель мовлення, у якій вибір слів визначається не їх змістовими зв'язками, а звуковою подібністю, що порушує зрозумілість висловлювань і призводить до введення надлишкових слів [136]»), неологізми, словесні апроксимації, втрата мети мовлення, персеверації, ехолалія тощо [136].

Для кожного симптому в цій шкалі передбачено детальну градацію інтенсивності виявів, інтенсивність оцінюється за п'ятибальною шкалою:

0 – відсутність;

1 – легке (один раз під час інтерв'ю);

2 – помірне (від двох до чотирьох разів).

3 – виражене (від 5 до 10 разів).

4 – крайній ступінь (понад 10 разів або настільки часто, що інтерв'ю стає незрозумілим) [64]

Індекс мислення та мови (TLI) [219] оцінює вісім ключових аномалій мовлення: бідність мовлення (обмеження обсягу спонтанного мовлення), втрата мети висловлювання, розкутість (надмірна розгорнутість висловлювань), своєрідне слововживання (придумування нових слів (неологізми), неправильний вибір слів, або надання звичним словам дивних значень, своєрідна логіка мислення, персеверації та відволікання від теми розмови. Для діагностики цих порушень використовують однохвилинний зразок мовлення пацієнта, отриманий у відповідь на стимул з використанням тестів Роршаха або тематичних аперцептивних тестів (тести, спрямовані на виявлення мотивів, конфліктів інтерпретацію сюжетних картинок). Недоліками цього інструменту є його вузький діагностичний фокус, виключення суб'єктивних симптомів РФМ та значна тривалість оцінки [213].

Індекс розладів мислення (TDI) [201] акцентує увагу на психодинамічному змісті думок, проте є трудомістким і не охоплює всю різноманітність симптомів

РФМ. На сьогодні цей інструмент рідко використовується в практичній діяльності [212].

Крім спеціалізованих методик, РФМ часто оцінюють за допомогою Шкали позитивних і негативних синдромів шизофренії (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) [205], яка визнана валідним інструментом для високоякісних досліджень пацієнтів із шизофренією [244]. Загальна тяжкість РФМ визначається як сума балів за кількома опціями PANSS: P2, N5, N6 та N7.

Позитивні симптоми РФМ оцінюються за опцією P2 (концептуальна дезорганізація), яка визначає ступінь порушення логічної послідовності думок. Негативні симптоми охоплюються опціями N5, N6 та N7. Зокрема:

- **N5** (труднощі в абстрактному мисленні) відображає порушення здатності до класифікації, узагальнення та розширення мислення за межі конкретних або егоцентричних категорій.

- **N6** (відсутність спонтанності та потоку мовлення) оцінює зниження природної комунікації, що може бути зумовлене апатією чи когнітивним дефіцитом.

- **N7** (стереотипне мислення) вказує на зниження гнучкості мислення через повторювані або ригідні думки [64].

Кожен симптом оцінюється за 7-бальною шкалою: від 1 (відсутність порушень) до 7 (екстремальне порушення).

Розподіл симптомів на позитивні та негативні є важливим етапом у концептуалізації РФМ [64]. Цей підхід сприяє інтеграції симптомів у багатовимірну клініко-нейробіологічну модель шизофренії та відкриває можливості для поглибленого вивчення патогенезу цих порушень за допомогою нейровізуалізаційних методів [64]. Позитивні симптоми, як-от, «сходження з рейок» (варіант спонтанних висловлювань, коли окремі ідеї «збиваються з колії» на інші думки, що є опосередковано пов'язаними.), логорея (потік мови хворого, який неможливо зупинити («словесний пронос») [80, с. 564]), мовленнєвий

натиск (підвищена швидкість мовленнєвої продукції), неологізми та манірне мовлення (манірність – «стан, коли прості дії викривляються, стають химерними [80, с. 398], часто уналежнюють до дезорганізаційного фактора. Натомість негативні симптоми характеризуються кількісним дефіцитом мовлення, наприклад, бідністю мовлення та сповільненим мисленням.

Аналіз розладів форми мислення (РФМ) є важливим етапом у психолінгвістичному дослідженні, оскільки саме мовлення пацієнта відображає не лише зміст, а й структуру мислення, яка може вказувати на наявність патології. Глибоке розуміння механізмів РФМ у пацієнтів із психічними розладами, зокрема шизофренією, відкриває можливість розробки ефективних інструментів для діагностики та моніторингу таких порушень.

З огляду на методологію діагностування психічних захворювань, важливість мовлення як центрального компонента клінічного обстеження, а також на висновки, отримані в ході наших попередніх досліджень, нами було прийнято рішення розробити власний алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію.

4.2. Алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію

Як вже було зазначено, у нашій роботі ми зосередилися на розробці системного підходу до психолінгвістичного аналізу таких вербальних виявів. Цей підхід передбачає врахування різних типів мовленнєвої реалізації (усне та письмове мовлення, асоціативні реакції та ін.), а також аналіз особливостей мовної системи, включаючи її рівневі маркери. Спираючись на попередні дослідження, та також наші розвідки [46], [69], які дають змогу зробити певні узагальнення, ми розробили алгоритм психолінгвістичного дослідження для ідентифікації виявів шизофренії.

Цей алгоритм забезпечує комплексний аналіз мовлення, що охоплює:

1) дослідження особливостей усного мовлення на всіх рівнях мовної структури: фонетичному, лексико-семантичному, морфологічному, синтаксичному, текстовому, прагматичному, а також аналіз міжрівневих виявів захворювання;

2) використання методу вільного асоціативного експерименту для виявлення специфічних характеристик асоціювання пацієнтів із шизофренією;

3) аналіз письмового мовлення, який містить дослідження на лексико-семантичному, морфологічному, синтаксичному, текстовому рівнях, міжрівневі особливості, а також застосування елементів графологічного аналізу.

Пропонований нами алгоритм складається з 4 послідовних етапів:

Перший етап передбачає усне спілкування з пацієнтами, під час якого вони відповідають на запитання про своє минуле, загальну орієнтацію в часі та просторі тощо (Таблиця 1). Цей етап відповідає стандартній тактиці розпитування, однак фокусується не лише на психічних особливостях, а й на мовленнєвих характеристиках, що дає змогу оцінити загальний рівень комунікативної компетентності пацієнта.

Таблиця 1.

Прогнозовані питання усної частини дослідження
Яке сьогодні число, день тижня, місяць та рік?
Де Ви зараз знаходитесь?
Чи пам'ятаєте як/чому сюди потрапили?
Де Ви навчалися?
Яким було Ваше дитинство?
Який у Вас найнезабутніший момент у житті?

Продовження таблиці 1

Чи є у Вас діти?
Скільки їм років? Як їх звати?

Для виокремлення особливостей у цій частині алгоритму ми розробили таблицю (Таблиця 2), де, ґрунтуючись на наших попередніх дослідженнях, систематизували можливі вияви усного мовлення хворих на шизофренію на різних рівнях мовної систем.

Таблиця 2.

Рівень	Особливості	Наявність
Фонетичний	Зміна темпу, голосності	
	Інше	
Лексико-семантичний	Оказіоналізми	
	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	
	Інше	
Морфологічний	Перевага іменників	
	Дієслів	
	Займенників	
Синтаксичний	Складні синтаксичні конструктори	
	Синтаксична спрощеність	
	Незавершені речення	
	Інше	
Міжрівневий	Персерверації	
	Вербігерації	
	Інше	

Продовження таблиці 2

Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», смислова розірваність)	
	Порушення когерентності (неправильно утворені форми слів)	
	Інше	
Прагматичний	Монологічно орієнтоване мовлення	
	Порушення діалогічної структури	
	Різка зміна тем	
	Уникання прямих відповідей	
	Зосередженість на власних переживаннях	
	Інше	
Відмова розмовляти		

Другим етапом пропонуємо проведення вільного асоціативного експерименту. Стимульним матеріалом слугує такий апробований список з 11 слів: *мати, говорити, любити, чоловік, жінка, дитина, небо, море, молитва, червоний і зелений*, релевантність якого ми пояснювали у попередніх розділах.

Асоціативний експеримент спрямований на виявлення лексико-семантичних зв'язків у мовленнєвій діяльності пацієнтів, визначення актуальності слів-стимулів та оцінку глибини когнітивних і емоційних реакцій. Це дає змогу простежити індивідуальні особливості асоціювання та виявити можливі відхилення, характерні для мовної поведінки пацієнтів.

У Таблиці 3 наведено асоціативні реакції 5 жінок, хворих на шизофренію:

Таблиця 3.

Слово-стимул	Реакції жінок, хворих на шизофренію
Мати	вищу освіту; щось; можливості; любити; влада; відсутня асоціація (1).
Говорити	тільки правду; щось; любити; ось ти говориш, пояснюєш щось і щось; як Некрасов сказав «Всі ці добрі, потрібні, вічні...»; правду.
Любити	маму (2); перш за все Творця, Присвяту Трійцю; собак; це ти дивишся і закохуєшся; все.
Чоловік	всі чоловіки козли; не по чоловікам; він мій чоловік; мужик; кулаки; терпіння.
Жінка	мені не подобаються жінки, я бісексуалка; жінка як жінка; та яка народила; говорити багато непотрібного; розум; відсутня асоціації (1);
Дитина	я б від вас дитину народила б; у мене ж є дитина; мій малюк; яка гарна; допомогти; терпіння;
Небо	blue sky; повітря; воно синє; гарне; чистота; відсутня асоціації (1).
Море	чайки; пірати; океани; де воно блакитне; Зевс; холод.
Молитва	<i>хвора починає молитися на старослов'янській</i> ; слово Ісуса; зібрання себе; молитися; віра; розуміння цієї молитви, якщо це дійсно молитва.
Червоний	red; колір такий; століття червоне; штани червоні; сонце; кров.
Зелений	хлорофітум; трава; зелені смужки; зелена трава; урюг; радість.

У Таблиці 4 відображені реакції 50 психічно здорових. Ці дані є контрольними і будуть використовуватися для порівняння з асоціаціями, отриманими від пацієнтів із шизофренією. Такий підхід дає змогу виявити характерні відмінності в асоціативному фоні, що допоможе глибше зрозуміти особливості мислення пацієнтів із шизофренією та визначити специфічні мовленнєві вияви цього захворювання.

Таблиця 4.

Слово-стимул	Реакції психічно здорових жінок
Мати	гроші (10), дітей (6), надію (5), життя (3), свободу (3), щастя (3), щось (3), секс (2), освіту (2), талант (2), друга, можливість, обійми, клепку, владу, заощадження, відпустку, зв'язки, Бога в серці, сонце, шанс на успіх.
Говорити	думати (6), багато (5), швидко (5), професор (4), тихо (4), повільно (4), слова (3), промова (2), дурню, англійською, побачити, вічність, повторювати, мати свою думку, не мовчати, мікрофон, самій собі, сама з собою, співати, правду, тілом, чайка, sreesch, відсутність асоціації (2).
Любити	серце (6), людину (5), кохати (5), маму (5), сильно (5), довіра (4), себе (3), кішку (2), квіти (2), країну (2), приймати (2), макарони, щиро, життя, ненавидіти, боляче, бути вільною, Максим, бути щирим, love.
Чоловік	любов (6), коханий (5), жінка (5), турбота (5), красивий (4), сильний (4), мій (4), опора (3), годувальник (3), тато (3), егоїст (2), батько (2), справжній, надія, Дмитро, син.
Жінка	сильна (13), мама (7), ніжка (5), затишок (4), бабуся (4), краса (4), не посудомийка (2), мода (2), дитина (2), тендітна (2), на мільйон, рівність, фемінізм, незалежна, сміливість.
Дитина	немовля (6), ніжність (6), сім'я (5), любов (5), малюк (5), моя (4), рідна (4), іграшки (2), сльози (2), турбота (2), шум (2), смішна (2), підгузки, соплі, не люблю дітей, щаслива, янгол.
Небо	сонце (9), хмари (7), зірки (5), блакитне (5), космос (5), Бог (3), літаки (3), птахи (2), простір (2), рай (2), вітер (2), безкінечність (2), голубе, чисте, захід сонця.
Море	хвилі (6), чайка (5), синє (5), пляж (5), вітер (5), вода (4), літо (4), Одеса (4), пісок (2), шторм (2), річка, буря, тепле, плавати, дитинство, рибалка, засмагати, Ялта.
Молитва	Бог (12), віра (8), церква (7), хрест (5), надія (5), захист (2), сила (2), вдома (2), роздуми (2), гріх, душа, медитація, я не вірю в Бога, за родину.
Червоний	любов (9), помідор (7), яблуко (6), хрест (6), кров (4), троянда (3), небезпека (2), вогонь (2), кнопка (2), білий (2), заборона, мак, охорона, то любов, прапор, ягода, чорний.
Зелений	листя (11), трава (5), природа (5), світлофор (4), весна (4), екологія (3), здоров'я (3), яблуко (3), сад (2), ліс (2), спокій (2), радість (2), гай, партія, гори, зелене світло.

Відповідно до попередніх результатів нашого дослідження було виявлено кілька особливостей асоціативного процесу пацієнтів. Для полегшення виокремлення характерних рис асоціювання пропонуємо послуговуватися розробленою таблицею (Таблиця 5).

Таблиця 5.

Особливість		Кількість виявів
Надання більш ніж однієї реакції		
Відсутність асоціації		
Відмова надавати реакцію		
Розсіяна увага		
Структура асоціації	Однослівна	
	Двослівна	
	Трислівна	
	Реченнєва	
Тематичні пріоритети оцінювання	Зосередженість на власних почуттях, переживаннях та проблемах	
	Домінування сексуальних, еротичних відповідей	
	Інше	

Третій етап передбачає аналіз письмового мовлення пацієнтів. Попри те, що в попередніх дослідженнях пацієнти відмовлялися виконувати письмові завдання і наша увага зосереджувалася на аналізі архівних матеріалів, ми запропонували їм виконати письмову частину алгоритму. Для цього пацієнтам пропонувалося написати розповідь про свій розпорядок дня або про найнезабутніший день у житті. Вибір таких тем зумовлений прагненням запропонувати прості та знайомі для пацієнтів сюжети, які не потребують значного когнітивного навантаження та сприяють вільному висловленню думок. Такий підхід, на нашу думку, надав би змогу отримати найбільш природні зразки письмового мовлення для подальшого аналізу. Проте переважна більшість пацієнок або відмовилася від участі в цьому блоці експерименту, або змогла надати мінімальний обсяг написаного матеріалу, який, на жаль, був недостатній

для проведення відповідного аналізу, але все одно використаний для отримання бодай узагальненого уявлення про цей аспект. Тому в цьому блоці ми змушені були зосередитися на аналізі архівних письмових матеріалів, які все ж таки надали нам змогу виявити певні графологічні особливості, які навіть попри їхній мінімальний характер доволі яскраво ілюструють особливості письмового мовлення таких інформантів. Сподіваємося, що у наших подальших дослідженнях ми зможемо отримати ємніші матеріали для такого аналізу.

Аналіз архівних матеріалів дав змогу виокремити особливості письмового мовлення пацієнтів відповідно до рівня мови, а також виявив деякі графологічні особливості. Для аналізу цього етапу пропонуємо послуговуватися укладеною нами таблицею (Таблиця 6).

Таблиця 6.

Рівень	Особливості	Наявність
Лексико-семантичний	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	
Морфологічний	Перевага іменників	
	Дієслів	
Синтаксичний	Синтаксична спрощеність	
	Інше	
Міжрівневий	Вербігерація	
	Персерверація	
	Інше	
Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», смислова розірваність)	
	Порушення когерентності (неправильно утворені форми слів)	
	Інше	

Продовження таблиці 6

Графологічний аналіз	Графічна акцентуація слів	
	Підкреслення	
	Ненормативне використання великих літер	
	Нехтування пунктуацією	
	Інше	
Відмова писати		

Четвертий етап передбачає узагальнення й аналіз отриманих результатів, що дає змогу зробити висновки щодо мовленнєвих і психолінгвістичних виявів у пацієнтів із шизофренією

Зауважимо, що запропонований алгоритм має апробувальний характер, слугує своєрідною точкою відліку подальших досліджень і може бути розширений іншими методами психолінгвістичної інтерпретації.

У наступному підрозділі пропонуємо розглянути результати застосування розробленого нами алгоритму психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію.

4.3. Результати застосування алгоритму психолінгвістичної ідентифікації виявів шизофренії

Мета нашого експерименту – проаналізувати мовлення пацієнтів із шизофренією за допомогою алгоритму психолінгвістичної ідентифікації та оцінити доцільність використання такого алгоритму.

Для верифікування застосування розробленого нами алгоритму залучено 5 пацієнток із діагнозом шизофренія, які раніше не брали участі у наших дослідженнях. Респондентки були жіночої статі, різного віку, освіти, соціального

статусу та мали діагноз параноїдна шизофренія. Як і у попередньому дослідженні, до експерименту були залучені саме жінки, оскільки у спеціалізованих медичних закладах чоловіки та жінки перебувають у різних стаціонарних відділеннях відповідно до внутрішніх положень закладів охорони здоров'я, і саме серед жінок нам дозволили здійснити опитування.

Дослідження проводилося на базі Одеської обласної психіатричної лікарні з дотриманням принципів анонімності та конфіденційності.

Експеримент складався з 4 етапів:

На першому етапі респонденткам було запропоновано відповісти на запитання, що стосувалися їхнього минулого, а також орієнтації у часі й просторі.

На другому етапі проведено вільний асоціативний експеримент. Реакції пацієнок порівняно з результатами попередніх досліджень серед психічно здорових жінок з метою виявлення особливостей асоціювання.

На третьому етапі пацієнткам було запропоновано написати невелику розповідь на тему їхнього розпорядку дня або найнезабутнішого дня в житті. Теми надавались на вибір.

Четвертий етап полягав в аналізі отриманих результатів.

Важливо підкреслити, що всі респондентки переважно були білінгвами і більшість із них обрали виконання письмової частини експерименту російською мовою або ж використовували суржикові відповіді, оскільки це вважалося для них зручнішим та легшим для висловлення своїх думок. З огляду на особливості опитуваних ми не могли наполягати на зміні їхніх побажань у процесі експерименту, проте водночас ми керувалися висновками дослідників про те, що вияви шизофренії практично не мають концептуальних відмінностей, залежних від лінгвокультурної специфіки інформантів (*).

Нижче наведено результати нашого дослідження, які демонструють особливості мовлення пацієнтів із шизофренією та слугують основою для подальших висновків.

Хвора Н., 54 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія

Аналіз усного мовлення

Рівень	Особливості	Наявність
Фонетичний	Зміна темпу	Не виявлено
	Інше	-
Лексико-семантичний	Оказіоналізми	Не виявлено
	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	Не виявлено
	Інше	-
Морфологічний	Перевага іменників	-
	Дієслів	+
	Займенників	+
Синтаксичний	Складні синтаксичні конструції	-
	Синтаксична спрощеність	+
	Незавершені речення	2
	Інше	
Міжрівневий	Персерверації	1
	Вербігерації	-
	Інше	-
Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», семислова розірваність)	2
	Порушення когерентності (неправильно утворені форми слів)	1
	Інше	-
Прагматичний	Монологічно орієнтоване мовлення	-
	Порушення діалогічної структури	-
	Різка зміна тем	-

	Уникання прямих відповідей	-
	Зосередженість на власних переживаннях	2
	Інше	-
Відмова розмовляти		-

В аналізованому усному мовленні було зафіксовано особливості майже на кожному рівні мови:

- домінування займенників (*я, вони, це* тощо) та дієслів (*не любила, волочили, не була* тощо) на морфологічному рівні;

- наявність незавершених речень (приміром, *Трудно згадати, у якому стані, мене сюди...*) та відповідно порушення когезії на текстовому рівні. Порушення когезії у вигляді неправильно утворених слів (напр., *в кінці квітня було теплою, була в костюмі*), а також «словесного салату» (напр., *бо не ходила до дитсадку, не у не була у цьому я вже і забула, у піонерському таборі не була*);

- зафіксовано 1 випадок персервірації як міжрівневої особливості:

I: Хочу з вами поспілкуватися та поставити декілька питань. Чи пам'ятаєте, як ви сюди потрапили?

П: Оуууу, ах, це так було давно. Трудно згадати, у якому я стані, мене сюди... Я потрапила, мене волочили за руки і за ноги ..

I: А ви пам'ятаєте день, коли ви сюди потрапили?

П: Цей рік. У квітні, здається... в кінці квітня було теплою, була костюмі рожевому, люрексовому, і вони, мабуть, мені його порвали, як воли по цементу.

Пацієнтка повторює згадку про те, що її волочили по дорозі в лікарню.

Аналіз асоціювання

Особливість		Кількість виявів
Надання більш ніж однієї реакції на слово-стимул		6
Відсутність асоціації		1
Відмова надавати реакцію		-
Розсіяна увага		-
Структура асоціації	Однослівна	4
	Двослівна	2
	Трислівна	4
	Реченнєва	-
Тематичні пріоритети оцінювання	Зосередженість на власних почуттях, переживаннях та проблемах	2
	Домінування сексуальних, еротичних відповідей	-
	Інше	-

Особливості асоціювання представлені таким особливостями, як:

- 6 випадків надання понад однієї реакції на слово-стимул. Напр., зі словом жінка:

П: Щоб була... Щоб була чистоплотна і приваблива.

- Відсутність асоціації на слово-стимул:

І: Зі словом чоловік?

П: Що придумати? (сміється) Не знаю, що придумати.

- За структурою асоціацій переважали однослівні (4) та трислівні реакції (4). Наприклад:

І: Зелений?

П: Привабливий чи який.

Також у процесі асоціювання виявлено зосередження на власних почуттях, переживаннях та проблемах. Наприклад:

І: Яка у вас асоціація зі словом мати?

П: Гроші (сміється). Бо збирала і всі пропали на книжці.

Аналіз письмового мовлення Під час проведення письмової частини експерименту було зафіксовано специфічну поведінкову особливість

респондентки. Вона демонструвала небажання брати активну участь у виконанні завдання, постійно відволікалася на оточуючі предмети. У процесі роботи пацієнтка неодноразово заявляла, що не знає, що писати, і схилилася до усної форми виконання завдання замість письмової. Відповідно, обсяг тексту, отриманого для комплексного аналізу, виявився недостатнім (див. Додаток Т).

Така поведінка може свідчити про знижену мотивацію, труднощі з концентрацією уваги або наявність інших когнітивних чи емоційних бар'єрів, що впливають на виконання письмових завдань.

Отже, алгоритм психолінгвістичної ідентифікації вивів шизрфренії дав змогу виявити особливості на всіх етапах дослідження. Зокрема в усному мовленні у вигляді переважання займенників і дієслів на морфологічному рівні, наявність незакінчених речень та спрощеності на синтаксичному рівні. Текстовий рівень характеризується порушенням когезії та когерентності, тоді як прагматичний рівень представлений зосередженістю на власних переживаннях. На міжрвіневому рівні виявлено персеверацію, яка виражена у повторенні тієї ж самої думки. ВАЕ допоміг виявити такі особливості асоціювання, як надання понад однієї реакції на слово-стимул, перевага однослівних і трислівних реакцій тощо. Тематичним пріоритетом в процесі асоціювання було зосередження на власних почуттях та проблемах. Під час виконання письмової частини алгоритму пацієнтка не захотіла брати участь у дослідженні, була відсутня концентрація на виконанні завдання.

Таким чином, розроблений нами алгоритм дав змогу виявити типові особливості мовлення для пацієнтів із шизофренією.

Хвора А., 47 років. Діагноз – параноїдна шизофренія

Аналіз усного мовлення

Рівень	Особливості	Наявність
Фонетичний	Зміна темпу, голосності	1
	Інше	-
Лексико-семантичний	Оказіоналізми	-
	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	-
	Інше	-
Морфологічний	Перевага іменників	-
	Дієслів	+
	Займенників	+
Синтаксичний	Складні синтаксичні конструції	-
	Синтаксична спрощеність	-
	Незавершені речення	2
	Інше	-
Міжрівневий	Персерверації	1
	Вербігерації	-
	Інше	
Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», смислова розірваність)	1
	Порушення когерентності (неправильно утворені форми слів)	-
	Інше	-
Прагматичний	Монологічно орієнтоване мовлення	-
	Порушення діалогічної структури	-
	Різка зміна тем	-
	Уникання прямих відповідей	-

	Зосередженість на власних переживаннях	-
	Інше	-
Відмова розмовляти		-

В аналізованому усному мовленні було зафіксовано особливості на таких рівнях мови:

- Фонетичний. Темп мовлення хворої поступово знижування з часом опитування. На нашу думку, така особливість може свідчити про вплив лікування, емоційний стан або когнітивне перевантаження внаслідок тривалого спілкування.

- На морфологічному рівні спостерігаємо переважання дієслів (потрапила, засмутилася, поступила тощо) та займенників (усі, я, цей тощо).

- На синтаксичному рівні зафіксовано синтаксичну спрощеність, зокрема у вигляді відповідей простими реченнями. Наприклад:

I. Ви пам'ятаєте своє дитинство?

II: *Так, дуже щасливе.*

Також на синтаксичному виявлені незавершені речення, приміром: *Тому що вся сім'я поруч, усі разом, усі...*

Наявність незавершених речень, у свою чергу, порушує когезію на текстоому рівні. Також на текстовому рівні спостерігаємо порушення когерентності, у вигляді смислової розірваності:

I: Так а чому ви сюди потрапили?

II: *Ну я ж кажу, - засмутилася, що мама померла мабуть.*

Не пояснено, як смерть матері призвела до того, що пацієнтка потрапила у психіатричну лікарню.

- Серед міжрівневих виявів помічаємо персеверацію. Пацієнтка двічі згадує тему смерті матері :

II: *Це я через п'янку потрапила.*

I: Чому?

П: Були у нас похорони і... цей... і я засмутилася... і тому сюди потратила.

П: Ну я ж кажу, - засмутилася, що мама померла мабуть.

Аналіз асоціювання

Особливість		Кількість виявів
Надання більш ніж однієї реакції		4
Відсутність асоціації		2
Відмова надавати реакцію		-
Розсіяна увага		-
Структура асоціації	Однослівна	2
	Двослівна	2
	Трислівна	3
	Реченнєва	2
Тематичні пріоритети оцінювання	Зосередженість на власних почуттях, переживаннях та проблемах	3
	Домінування сексуальних, еротичних відповідей	
	Інше	

Особливості асоціювання представлені такими позиціями:

- 4 випадки надання понад однієї реакції на слово-стимул. Наприклад:

I. Зі словом море?

П: Море... Недобре. Море – у ньому багато неприємності, воно затягує багато. Неприємностей... смертей. Недобре.

- Відсутність асоціації на слово-стимул (2 випадки):

I: Зі словом жінка?

П: Ой, господи, нічого також не приходить в голову.

- За структурою асоціацій переважали трислівні (реакції (4)). Наприклад:

I: Чоловік?

П: Ну щось приємне.

Також характерним є для пацієнтки зосередження на власних почуттях, переживаннях та проблемах. Наприклад:

I: Зі словом молитва?

II: *Молитва? Так мені не можна. Не можна молитися – мені погано стає, у жар кидає.*

Аналіз письмового мовлення. Як і у випадку з попередньою пацієнткою, під час проведення письмової частини експерименту було зафіксовано специфічну поведінкову особливість респондентки. Вона була не активна, неохоче виконувала завдання, схилилася до усної форми виконання завдання замість письмової. Відповідно, обсяг тексту, отриманого для комплексного аналізу, виявився недостатнім (див. Додаток У).

Отже, алгоритм психолінгвістичної ідентифікації виявив шизофренії дав змогу зафіксувати особливості на всіх етапах дослідження. Зокрема на фонетичному спостерігаємо уповільнення темпу мовлення, на морфологічному – переважання дієслів та займенників, синтаксичну спрощеність, порушення когезії та когерентності на текстовому рівні, а також наявність персеверацій. Асоціювання пацієнтки характеризується відсутністю певних реакцій на слова-стимули, домінуванням трислівних реакцій за структурою та зосередженням на власних переживаннях у наданих асоціаціях.

Під час виконання письмової частини алгоритму пацієнтка не захотіла брати участь у дослідженні, була відсутня концентрація на виконанні завдання та наявні ознаки втоми.

Таким чином, розроблений нами алгоритм дав змогу виявити типові особливості мовлення для пацієнтів із шизофренією.

Хвора Т., 64 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія

Аналіз усного мовлення

Рівень	Особливості	Наявність
Фонетичний	Зміна темпу	-
	Інше	-
Лексико-семантичний	Оказіоналізми	-
	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	-
	Інше	-
Морфологічний	Перевага іменників	+
	Дієслів	+
	Займенників	+
Синтаксичний	Складні синтаксичні конструції	+
	Синтаксична спрощеність	-
	Незавершені речення	3
	Інше	-
Міжрівневий	Персерверації	1
	Вербігерації	-
	Інше	-
Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», симислова розірваність)	+
	Порушення когерентності (неправильно утворені форми слів)	-
	Інше	
Прагматичний	Монологічно орієнтоване мовлення	-
	Порушення діалогічної структури	-
	Різка зміна тем	-
	Уникання прямих відповідей	-

	Зосередженість на власних переживаннях	+
	Інше	-
Відмова розмовляти		-

В аналізованому усному мовленні було зафіксовано особливості на таких рівнях мови:

- на морфологічному – переважання іменників (*брат, тато, чоловік* тощо), дієслів (*розлучитися, виховують, померли* тощо) та займенників (*я, вони, мене* тощо);

- на синтаксичному рівні пацієнтка схильна використовувати складні синтаксичні конструкції, приміром: *Дві тисячі всімнадцятого року, а потрапила ще раніше, потім чоловік забрав, а потім знову привіз*. Спостерігаємо також наявність незакінчених речень, наприклад: *Це пов'язано з ма... братом, батьком, що померли*.

Персерверація у мовленні представлена повторами думок про смерть брата та батька.

На прагматичному рівні пацієнтка зосереджується на власних переживаннях:

I: А який був найнезабутніший момент?

II: *Коли були всі вдома, всі брати, у мене троє сестер і три брати: один старший помер у дві тисячі шостому році... ой... коли всі були вдома, усе було добре. Тато був. Він помер... у дев'яносто дев'ятому році.*

Прикметним є наявність зорових та слухових галюцинацій, про що пацієнтка повідомляє під час розмови:

I: Чому Ви плачете?

II: *Мрію розлучитися з чоловіком.*

I: Чому?

II: *Тому що він мене б'є.*

I: Чому?

П: Тому що у мене голоса бувають. Це пов'язано з ма... братом, з батьком, що померли.

I: А що Ви чуєте?

П: Як вони виховують мене.

I: Що, наприклад. вони Вам кажуть?

П: Щоб я була спокійніша.

I: Чому Ви знову плачете?

П: Шкода батька та брата. Вони померли.

I: Можете процитувати їх? Що вони казали?

П: Та я їх бачу, наче живих.

I: Де?

П: Серед нас.

I: Зараз вони тут знаходяться?

Л: Ні.

I: А коли Ви їх бачите?

П: Коли я вдома у себе. У себе вдома коли.

I: Вони приходять та йдуть?

П: Так подумки, наче їх немає і наче вони є.

Аналіз асоціювання

Особливість		Кількість виявів
Надання більш ніж однієї реакції		1
Відсутність асоціації		-
Відмова надавати реакцію		-
Розсіяна увага		-
Структура асоціації	Однослівна	4
	Двослівна	4
	Трислівна	-
	Реченнева	3

Тематичні пріоритети оцінювання	Зосередженість на власних почуттях, переживаннях та проблемах	-
	Домінування сексуальних, еротичних відповідей	-
	Інше	

За структурою реакцій переважають однослівні та двослівні по 4 реакції відповідно, реченнєвих реакцій нараховано 3, приміром:

I. Асоціація зі словом молитва?

II: *Кожен вечір я молюсь Богу.*

Відмов або відсутність реакцій не зафіксовано, як і тематично забарвлених асоціацій.

Аналіз письмового мовлення. Під час проведення письмової частини експерименту пацієнтка написала всього 2 слова «Позавтрака Дремала». Вочевидь, увага хворої була сконцентрована на спогадах про смерть рідних, а не на виконанні завдання. Таким чином, кількість текстового матеріалу для проведення комплексного аналізу виявилася недостатньою (див. Додаток Ф).

Отже, створений нами алгоритм дав змогу визначити характерні мовленнєві особливості пацієнтів із шизофренією. Зокрема в усному мовленні на морфологічному рівні виявлено переважання іменників, дієслів та займенників, що свідчить про фокусування на описі дій і власних переживань. Синтаксичний рівень характеризується використанням складних синтаксичних конструкцій та незакінченими реченнями, що вказує на порушення когерентності. На міжрівневому рівні зафіксовано персеверації, які виявляються у повторенні тих самих думок. Прагматичний рівень демонструє концентрацію на особистих переживаннях. Прикметним є повідомлення про зорові та слухові галюцинації. У ході асоціативного експерименту виявлено переважання однослівних і двослівних реакцій, відсутність тематично забарвлених асоціацій і фокусування на внутрішніх переживаннях. У письмовому мовленні пацієнтка

продемонструвала низьку мотивацію та концентрацію, що виявилось у написанні лише кількох слів, чого недостатньо для повноцінного аналізу.

Хвора А., 43 рок. Діагноз – параноїдна шизофренія

Усне мовлення

Рівень	Особливості	Наявність
Фонетичний	Зміна темпу	-
	Інше	-
Лексико-семантичний	Оказіоналізми	-
	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	-
	Інше	-
Морфологічний	Перевага іменників	-
	Дієслів	-
	Займенників	-
Синтаксичний	Складні синтаксичні конструкції	-
	Синтаксична спрощеність	-
	Незавершені речення	-
	Інше	-
Міжривневий	Персерверації	-
	Вербігерації	-
	Інше	-
Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», симислова розірваність)	-
	Порушення когерентності (неправильно утворені форми слів)	-
	Інше	-
Прагматичний	Монологічно орієнтоване мовлення	-

	Порушення діалогічної структури	-
	Різка зміна тем	-
	Уникання прямих відповідей	-
	Зосередженість на власних переживаннях	-
	Інше	-
Відмова розмовляти		-

Аналіз усного мовлення не виявив жодних виражених мовленнєвих особливостей. Було помітно, що пацієнтка дещо здивована характером запитань і, можливо, виявляла легкий скептицизм у ставленні до нашого спілкування. Проте, вона продовжувала підтримувати діалог.

Аналіз асоціацій

Особливість		Кількість виявів
Надання більш ніж однієї реакції		3
Відсутність асоціації		2
Відмова надавати реакцію		-
Розсіяна увага		-
Структура асоціації	Однослівна	1
	Двослівна	1
	Трислівна	1
	Реченнєва	6
Тематичні пріоритети оцінювання	Зосередженість на власних почуттях, переживаннях та проблемах	-
	Домінування сексуальних, еротичних відповідей	1
	Інше	-

Аналіз асоціювання відповідно показує, що в трьох випадках респондентка надавала більше ніж одну реакцію на слово-стимул.

Відсутність асоціацій зафіксовано на слова-стимули *мати* та *зелений*, що може свідчити про неактуальність цих лексем для респондентки, їх пов'язаність з певними особистими фактами тощо :

I: Асоціація зі словом *зелений*?

II: *Я знаю, що вам сказати? Не можу відповісти на це питання.*

Структура асоціацій варіюється: однословні, двословні та трислівні асоціації зустрічалися по одному разу, тоді як у шести випадках відповіді були у формі речень, що вказує на перевагу розгорнутої форми висловлювань. Наприклад:

I: *Які у вас асоціації зі словом *мати*?*

II: *Хочу будинок *мати*, життя щоб було, щоб гарно жила, ні з ким не сварилась.*

Також спостерігаємо асоціацію, пов'язану із сексуальною, еротичною темою:

II: *Море.*

I: *Я на морі ніколи не була. Мені було... хлопець колись у молодості запрошував на море і я не захотіла з ним, тому що... ну знаєте як. Що вам.*

Аналіз письмового мовлення. Під час частини експерименту було зафіксовано, що респондентка віддавала перевагу усній формі відповіді, а не письмовій. Вона неодноразово висловлювала невпевненість у тому, що писати, і зосереджувалася на оточуючих предметах, демонструючи небажання активно виконувати завдання. У результаті пацієнтка написала лише одне речення: *Кушала макарони, мыла пол в коридоре в больниці.*

Отже, в усному мовленні пацієнтки не було виявлено жодних виражених мовленнєвих особливостей. Вона відповідала на всі поставлені запитання відповідно до змісту. Її висловлювання були зрозумілими, без суттєвих відхилень чи порушень структури мовлення. Аналіз асоціювань показав переважання реченнєвих відповідей, відсутність асоціацій на певні слова-стимули, а також

одну асоціацію з еротичною тематикою. Це, на нашу думку, може свідчити про схильність респондентки до розгорнутих висловлювань та вибірковість асоціацій. Під час письмової частини експерименту респондентка надавала перевагу усній відповіді, обмежившись написанням всього одного речення на задану тему.

Хвора І., 72 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія

Аналіз усного мовлення

Рівень	Особливості	Наявність
Фонетичний	Зміна темпу	Наявна
	Інше	-
Лексико-семантичний	Оказіоналізми	-
	Використання невідповідних понять, парафазій та метафор	-
	Інше	-
Морфологічний	Перевага іменників	-
	Дієслів	+
	Займенників	+
Синтаксичний	Складні синтаксичні конструкції	+
	Синтаксична спрощеність	-
	Незавершені речення	5
	Інше	-
Міжрівневий	Персерверації	-
	Вербігерації	-
	Інше	-
Текстовий	Порушення когезії («словесний салат», симислова розірваність)	+
	Порушення когерентності (неправильно утворені	+

	форми слів)	
	Інше	-
Прагматичний	Монологічно орієнтоване мовлення	+
	Порушення діалогічної структури	+
	Різка зміна тем	+
	Уникання прямих відповідей	-
	Зосередженість на власних переживаннях	+
	Інше	-
Відмова розмовляти		-

На нашу думку, це один із найяскравіших прикладів мовлення при шизофренії, що виявляється на всіх рівнях мови.

На фонетичному спостерігаємо яскраво виражену тахілалію (патологічно прискорене мовлення). Пацієнтка інколи так швидко говорила, що неможливим було ідентифікувати слова.

На морфологічному рівні у мовленні пацієнтки переважають займенники (*я, вона, ви* тощо) та дієслова (*сіла, взяла хочеться* тощо), що ілюструє зосередженість на власних переживаннях і почуттях.

На синтаксичному рівні переважають складні синтаксичні структури, ускладненні прямою мовою та різними типами зв'язків. Приміром: *і довго вже лежу, рік і два місяці вже, прям не можу, хочеться додому, а там вже, мабуть, там у мене сусіди, які знущалися багато років, їх треба, щоб вона, ви, допомогли мені, я не знаю, кому сказати, щоб їх прибрати з подвір'я, тому що багато років знущались*. Також є і значна кількість незавершених речень, наприклад: *я кажу «В оцій лікарні психіатричній»... Усе... нікому не сказала, два рази, а там було кх...*

Взагалом мовлення пацієнтки звучить як суцільний «словесний салат», де важко зрозуміти логіку і структуру її висловлювань. Така особливість вказує на порушення когезії та когерентності на текстовому рівні.

Прагматичний рівень мовлення хворої характеризується одночасно монологізованістю, порушенням діалогічної структури, різкими переходами від однієї теми до іншої, а також зосередженням на власних переживаннях:

I: Чи пам'ятаєте Ви, як сюди потрапили?

II: *Авжеж пам'ятаю.*

I: Як це було?

II: *Ну як це було.... Це рік і... два місяці. Я значить якось, мені якось... мені шось боліло на спині, шось, було холодно весь час і я цей, раз цей, налив якийсь, і я один раз видавила сама вдома, нікому не сказала, два рази, а там було кх... п'ять шипів ось цих, ну, розумієш, у середині, і я стала, я не можу сказати ось цій дівчинці, а вони на вулиці сидять з водієм в машині*

Аналіз асоціювання

Особливість		Кількість виявів
Надання більш ніж однієї реакції		11
Відсутність асоціації		-
Відмова надавати реакцію		-
Розсіяна увага		-
Структура асоціації	Однослівна	1
	Двослівна	1
	Трислівна	1
	Реченнєва	7
Тематичні пріоритети оцінювання	Зосередженість на власних почуттях, переживаннях та проблемах	3
	Домінування сексуальних, еротичних відповідей	-
	Інше	

Аналіз асоціювання вказує на домінування реченневих реакцій на слова стимули. Виявлено 7 таких реакцій, наприклад:

I: “Море”.

П: *Море. З морем гратися не можна.*

Хвора надає більш ніж одну асоціацію на кожен зі слів-стимулів, наприклад:

I: I зі словом “зелений”.

П: *Зелений - це ну як це... надійний, можна йти, пішоходам зелений колір, можна зупинитися, одразу, ну це я так розумію. Зелений колір*

Спостерігаємо яскраво виражену зосередженість на власних почуттях, історіях, які взагалі не пов’язані зі словами-стимулами, наприклад:

I: Дитина.

П: *Дитина? Ну тобто як, дитина маленький, грудний, так да... як... я сказала дочці, я жартома сказала “Я вагітна”, знаєш? Був один гарний хлопчик у мене. Один раз жила, і я думаю, можливо, знаєш, щось у мене місячні, у мене довго були місячні, нещодавно, півтора року, або скільки, закінчились, ну ти в курсі справи*

I: Небо.

П: *Небо, от небо мені подобається, небо, я літала, наприклад, п’ять разів літала на літаку і дивилась, і зверху, і знизу, я кажу льотчику, “Ви, Ви мені дозволите мені подивитися це”, він каже “Дивись”, там масенькі такі внизу кх, чоловічки, що там, він мені сказав, що ось.*

Аналіз письмового мовлення. Характерною ознакою письмового мовлення є, як і для всіх попередніх респонденток, надання переваги усній відповіді. Хвора не концентрується на завданні, весь час розказує дивні й абсурдні за змістом історії. Як підсумок, пацієнтка обмежилася написання всього двох речень: *Я почистила и помыла плитуса. после меня накормили сладким рисом.*

За допомогою розробленого нами алгоритму було виявлено особливості на кожному з етапів експерименту. Хвора яскраво демонструвала порушення усного

мовлення, яке виявлялося у вигляді тахілалії, «словесного салату», використання складних синтаксичних конструкцій, монологізацію мовлення, порушенням діалогічності тощо. Аналіз асоціювання демонструє перевагу реченнєвих реакцій на слова стимули, надмірну описовість, занурення у власні переживання та теми, які семантично не пов'язані зі словами-стимулами. Аналіз письмового мовлення продемонстрував відсутність уваги та концентрації над запропонованим завданням.

Отже, нами було розроблено алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію. Алгоритм складається з чотирьох частин: усної, асоціативного експерименту, письмової частини та аналізу отриманих результатів. Розроблений алгоритм було апробовано в експериментальному дослідженні серед жінок, які на момент дослідження мали діагноз «параноїдна шизофренія».

У ході експерименту нами було виявлено особливості мовлення хворих в усному та письмовому мовленні, а також під час проведення вільного асоціативного експерименту.

Розроблений алгоритм психолінгвістичної ідентифікації є унікальним завдяки інтеграції трьох складників: усного мовлення, письмової частини та вільного асоціативного експерименту. Такий комплексний підхід дає змогу всебічно охопити мовленнєві особливості хворих на шизофренію, враховуючи як структурні, так і когнітивно-прагматичні аспекти їхнього мовлення. Зокрема, усна частина дає змогу оцінити динаміку комунікації та діалогічність, а асоціативний експеримент – проаналізувати особливості асоціативного мислення. Завдяки цьому алгоритм значно спрощує діагностику, економить час для аналізу та може бути ефективно використаний у клінічній практиці.

Окрім того, ми вперше здійснили аналіз письмового мовлення в реальному часі. Учасницям було запропоновано створити текст на задану тему, проте більшість обмежувалися написанням 2-3 слів або кількох коротких речень. Хворі

часто відволікалися на зовнішні об'єкти, зосереджуючи увагу на незначних деталях довколишнього середовища. Ці відволікання супроводжувалися помітним зниженням здатності підтримувати концентрацію на завданні, що призводило до того, що пацієнти більше схилилися до усного вираження думок, уникаючи структурованого письмового викладу. Такі вияви можуть бути наслідком когнітивних порушень, характерних для шизофренії, що ускладнюють організацію мислення і виконання завдань, які вимагають тривалої уваги та планування.

Таким чином, дослідження дало змогу отримати глибше розуміння мовленнєвих виявів у різних умовах, забезпечуючи цінну інформацію для подальших досліджень і діагностики.

Висновки до розділу 4

Клінічне обстеження є основним інструментом у психіатричній діагностиці, де ключову роль відіграє аналіз мовлення пацієнта як відображення форми та змісту його мислення. Однак, зважаючи на труднощі в ідентифікації маловиражених розладів і необхідність інтеграції різних методик, як клінічних, так і параклінічних, постає питання про розробку комплексних підходів до діагностики. Аналіз розладів форми мислення (РФМ) через стандартизовані шкали, такі, як TALD, TLC, TLI, PANSS, надає важливу інформацію про глибину порушень, їхню структуру та природу.

Мовлення, як центральний компонент обстеження, дає змогу фіксувати не лише симптоми, а й динаміку їх виявів, що відкриває перспективи для подальшої стандартизації досліджень і підвищення точності діагностики. З огляду на виявлені недоліки наявних на сьогодні методик, такі, як обмеженість фокусу або трудомісткість, виникає необхідність створення ефективнішого інструменту, який враховує специфіку шизофренії.

Нами було розроблено алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію. Алгоритм складається з чотирьох частин: усної, асоціативного експерименту та письмової частини і відповідно проводиться у 3 етапи, де 4 етап передбачає узагальнення й аналіз отриманих результатів. Перший етап передбачає аналіз усного мовлення, що охоплює всі рівні мовної структури: фонетичний, лексико-семантичний, морфологічний, синтаксичний, текстовий і прагматичний. Він також ураховує міжрівневі вияви, такі, як персеверації чи вербігерації, та дає змогу оцінити комунікативну компетентність пацієнта.

Другий етап передбачає проведення вільного асоціативного експерименту, спрямованого на виявлення специфічних лексико-семантичних зв'язків, аналіз актуальності слів-стимулів та визначення особливостей асоціювання, характерних для мовленнєвої поведінки пацієнтів із шизофренією.

Третій етап зосереджується на аналізі письмового мовлення. Він містить аналіз текстових, синтаксичних, лексико-семантичних і морфологічних особливостей, а також графологічних аспектів, зокрема акцентуації слів, пунктуаційних порушень чи використання великих літер. Цей етап дає змогу виявити природні особливості письмового мовлення пацієнтів.

Четвертий етап полягає в узагальненні результатів та їх аналізі, що дає підстави ідентифікувати мовленнєві та психолінгвістичні особливості хворих на шизофренію. Алгоритм забезпечує комплексний підхід, дозволяючи оцінити мовлення пацієнтів у різних аспектах, що сприяє як точнішій діагностиці, так і подальшим дослідженням.

У ході експерименту нами було виявлено особливості мовлення хворих в усному та письмовому мовленні, а також під час проведення вільного асоціативного експерименту.

Розроблений алгоритм психолінгвістичної ідентифікації є унікальним завдяки поєднанню усної, письмової частин та вільного асоціативного експерименту. Такий комплексний підхід не лише забезпечує всебічне охоплення

мовленнєвих особливостей хворих на шизофренію, а й суттєво економить час для аналізу.

Крім того, запропонований алгоритм підтвердив валідність висновків, до яких ми дійшли у попередніх наших дослідженнях. Він надав змогу не лише відтворити виявлені раніше особливості мовленнєвої діяльності пацієнтів, а й узагальнити ці результати в рамках єдиної дослідницької стратегії. Завдяки цьому алгоритм став як підсумковим результатом проведеного дослідження, так і методологічною основою для подальших наукових і клінічних розробок.

ВИСНОВКИ

На основі опрацьованої теоретичної літератури та практичних досліджень, проведених на базі Одеської обласної психіатричної лікарні №4, відповідно до поставлених завдань було зроблено такі висновки:

1. Зібрано фактичний матеріал, який містить записані розмови пацієнтів з діагнозом «шизофренія» на декількох темпоральних зрізах: протягом 2010-2011 років – збір ілюстративного матеріалу, який передбачав власне фіксацію тільки усного мовлення; протягом 2014-2017 років – скерована фіксація усного та письмового мовлення із залученням асоціативного експерименту, протягом 2018-2019 років – верифікація авторського алгоритму дослідження, який передбачав інтеграцію результатів усного, письмового мовлення й отриманих попередньо та безпосередньо в зазначені терміни результатів асоціативного експерименту

Аудіозаписи було розшифровано та перетворено у формат, доступний для читання й аналізу загальною тривалістю 1 година 18 хвилин. Досліджувані пацієнти (18 осіб) належали до різної статі, вікових груп, мали різний рівень освіти та соціальний статус, а також перебували на різних стадіях розвитку захворювання. Мовлення пацієнтів передано з максимальною точністю до оригінального звучання.

Проаналізовано 7 фрагментів усного мовлення загальною тривалістю 17 хв (2 пацієнта чоловічої статі та 5 жіночої) 2 фрагменти письмового мовлення (1 пацієнт чоловічої статі) пацієнта із діагнозом «шизофренія» на різних етапах хвороби. Усне мовлення представлено такими видами шизофренії: проста форма (1 фрагмент), класичний вияв параноїдної шизофренії (5 фрагментів) та шизофренія у стані ремісії (1 фрагмент). Письмове мовлення представлено класичним виявом параноїдної шизофренії (2 фрагменти).

Асоціативний експеримент представлено 6 фрагментами загальною тривалістю 25 хвилини. Усі пацієнти були жінками, які відрізнялися за віком, рівнем освіти, соціальним статусом і мали діагноз «параноїдна шизофренія».

Алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію охоплює п'ять фрагментів загальною тривалістю 36 хвилин. Пацієнти були жінками з діагнозом «параноїдна шизофренія» та відрізнялися за віком, рівнем освіти й соціальним статусом.

2. Проведене дослідження усного мовлення хворих на шизофренію виявило низку особливостей, зокрема на фонетичному рівні було часто зафіксовано патологічно прискорений темп мовлення (тахіталія), а також один випадок апраксії, що свідчить про порушення моторних функцій мовленнєвого апарату. Лексико-семантичний рівень демонструє схильність до використання okazionalizmів, метафоризації та зміни у значеннях слів. Такі особливості відображають емоційний стан пацієнтів і їхнє прагнення висловити внутрішні переживання, однак ці процеси призводять до порушення чіткості смислового зв'язку.

На морфологічному рівні спостерігається переважання дієслів, займенників та іменників, що може свідчити про акцент на діях, подіях чи суб'єктивному сприйнятті дійсності. Синтаксичний рівень характеризується домінуванням складних конструкцій із численними підрядними зв'язками, які ускладнюють сприйняття через надмірну деталізацію. Також відзначаються неповні та незавершені речення, що порушують синтаксичну завершеність висловлювань. На текстовому рівні порушення когерентності та когезії виявляються у вигляді «словесного салату», логічної невідповідності між частинами тексту та смислової розірваності.

Прагматичний рівень відзначається домінуванням монологічного мовлення, порушенням діалогічної структури, униканням прямих відповідей, різкими змінами тем та зосередженістю на внутрішніх переживаннях пацієнтів,

що суттєво ускладнює комунікацію. Міжрівневі порушення найчастіше виявляються у формі персеверацій, які ще більше посилюють мовленнєві розлади.

3. Письмове мовлення пацієнтів із шизофренією, подібно до усного, характеризується порушеннями на всіх рівнях мовної організації. На лексико-семантичному рівні спостерігається використання невідповідних понять, парафазій та метафор, що формують асоціативні, але не завжди змістові зв'язки між словами та реченнями. Морфологічний аналіз показує переважання іменників і дієслів, що відображає акцент на ключових подіях і суб'єктах, які мають особисте значення для пацієнта. На синтаксичному рівні відзначається відсутність пунктуації, яка перетворює текст на хаотичний потік висловлювань, ускладнюючи його структуру та розуміння.

Текстовий рівень демонструє ознаки «словесного салату» та персеверації, що вказує на дезорганізацію мислення та нав'язливе повторення певних ідей чи фраз. Крім того, графологічні особливості письмового мовлення, такі, як графічна акцентуація окремих слів, ненормативне використання великих літер або підкреслення, свідчать про емоційну напруженість пацієнта.

4. Здійснено вільний асоціативний експеримент, який становить єдність трьох етапів, де на першому етапі проводиться експеримент із хворими на шизофренію, на другому – з психічно здоровими респондентами, на третьому – відбувається порівняльний аналіз отриманих асоціатив.

Аналіз отриманих асоціацій здійснено за такими критеріями, як структура (одно-, дво-, три- і багатослівні та реченнєві); морфологічні особливості асоціатив залежно від частиномовної належності стимулів; належність до парадигматичних чи синтагматичних реакцій; ядровість чи периферійність зафіксованих асоціатив.

Здійснено порівняння асоціативних реакцій, отриманих від інформантів, хворих на шизофренію, та психічно здорових осіб. Зауважимо, що кількісні характеристики здійсненого порівняння представлені у відсотках з огляду на

безпосередню кількість задіяних інформантів. Здійснений аналіз дав підстави для таких висновків:

- основною мовою реакцій в обох групах була українська, хоч у кожній зафіксовано по два випадки іншомовних асоціацій, що свідчить про переважне використання рідної мови у процесі асоціювання;

- у ході дослідження в обох групах респондентів були зафіксовані випадки відсутності реакцій на слова-стимули, що може свідчити про знижену актуальність цих лексем для респонденток або ж про інші індивідуальні особливості сприйняття;

- частота повторюваних реакцій була значно вищою у здорових респондентів, У пацієток із шизофренією зафіксовано лише одну повторювану реакцію, що свідчить про дисоційованість мислення таких інформанток та практичну відсутність усталених асоціативних стратегій. Наведене, у свою чергу, дає підстави для висновку про те, що наявність чи відсутність усталених (ядрових) асоціативних реакцій є релевантним критерієм у визначенні психічних патологій.

Структурний аналіз асоціацій виявив різні тенденції. У пацієток із шизофренією реакції були значно варіативнішими: однослівні – 53.97%, двослівні – 12.63%, трислівні – 11.11%, реченнєві – 14.29%. У здорових домінували однослівні реакції (97.08%), тоді як двослівні становили 1.82%, трислівні – 0.91%, а реченнєві – лише 0.18%. Така структура асоціацій свідчить про схильність психічно здорових респонденток до лаконічності та автоматизованого відображення стимулів, тоді як пацієтки із шизофренією демонстрували здатність до більш деталізованого, емоційно забарвленого асоціювання.

Частиномовний аналіз показав, що іменники домінували в реакціях обох груп, але з різною частотою: у хворих – 73.33%, у здорових – 81.98%. Дієслова посіли друге місце (17.78% у пацієток із шизофренією та 15.45% у психічно

здорових респонденток). Прикметники становили 8.89% у респонденток із діагнозом шизофренія і лише 2.94% у психічно здорових. Це вказує прагнення до комунікаційного надміру у хворих, які активніше використовували прикметники й дієслова для інтерпретації стимулів, проте практично всі ці реакції мали не об'єктивний (раціональний, відповідний до усталених когнітивних стратегій сприйняття), а суб'єктивний, зосереджений виключно на особистих переживаннях, характер.

Аналіз реакцій на різні частини мови слова-стимулу також демонструє деякі відмінності. Іменники-стимули в обох групах викликали найбільшу кількість іменникових асоціацій. У хворих на шизофренію вони часто мали абстрактний чи емоційний характер, тоді як у здорових вони були більш соціально й культурно стандартизованими. На дієслова-стимули пацієнтки із шизофренією частіше реагували процесуально або емоційно, у здорових же респонденток домінували узагальнені категорії. Прикметники-стимули викликали у пацієнток із шизофренією асоціації, що часто формувалися через описові конструкції, спрямовані на уточнення або деталізацію стимулу, тоді як у здорових вони були типовими і пов'язаними із загальноприйнятими об'єктами.

Наведене, у свою чергу, дає підстави для висновку про домінування синтагматичних реакцій у інформантів із шизофренією та пріоритетність парадигматичних реакцій, пов'язаних із необхідністю активації когнітивних механізмів, у здорових інформантів.

Крім того, здійснено й аналіз індивідуальної асоціативної амплітуди хворих на шизофренію. Виявлені особливості асоціативного процесу вказують на глибокі порушення уваги, мислення та когнітивної організації мовлення у пацієнтів із шизофренією. Так, пацієнтки часто зверталися до особистих переживань, включаючи травматичний досвід, матеріальні труднощі чи сімейні стосунки, що відображалось в надемоційних відповідях. Реакції нерідко торкалися інтимних тем, демонструючи посилену увагу до сексуальної сфери життя. Характерними були розірваність і хаотичність асоціацій, які виявлялись у нелогічності,

фрагментарності та швидкому перемиканні уваги. У деяких випадках спостерігалися ознаки втоми та когнітивної розгубленості, а також змішування реальних подій із фантазіями, що вказувало на розшарованість меж між реальністю та вигаданими уявленнями у свідомості таких інформантів.

Водночас відсутність таких порушень у стані ремісії свідчить про можливість тимчасового зменшення психопатологічних виявів, що відкриває перспективи для реабілітаційних заходів.

Отже, результати експерименту демонструють, що процес асоціювання у хворих на шизофренію є більш варіативним, емоційно забарвленим та орієнтованим на деталізацію та власні переживання. Здорові респонденти, навпаки, демонструють стандартизованість, лаконічність і автоматизованість реакцій. Така відмінність свідчить про суттєві когнітивні відмінності між групами, що можна використати для подальшого дослідження механізмів асоціативного процесу та діагностичних критеріїв.

5. Нами було розроблено алгоритм психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію. Алгоритм складається з чотирьох частин: усної, асоціативного експерименту та письмової частини і відповідно проводиться у 3 етапи, де 4 етап передбачає узагальнення й аналіз отриманих результатів. Перший етап передбачає аналіз усного мовлення, що охоплює всі рівні мовної структури: фонетичний, лексико-семантичний, морфологічний, синтаксичний, текстовий і прагматичний. Він також ураховує міжрівневі вияви, такі, як персеверації чи вербігерації, та дає змогу оцінити комунікативну компетентність пацієнта.

Другий етап передбачає проведення вільного асоціативного експерименту, спрямованого на виявлення специфічних лексико-семантичних зв'язків, аналіз актуальності слів-стимулів та визначення особливостей асоціювання, характерних для мовленнєвої поведінки пацієнтів із шизофренією.

Третій етап зосереджується на аналізі письмового мовлення. Він містить аналіз текстових, синтаксичних, лексико-семантичних і морфологічних

особливостей, а також графологічних аспектів, зокрема акцентуації слів, пунктуаційних порушень чи використання великих літер. Цей етап дає змогу виявити природні особливості письмового мовлення пацієнтів.

Четвертий етап полягає в узагальненні результатів та їх аналізі, що дає підстави ідентифікувати мовленнєві та психолінгвістичні особливості хворих на шизофренію. Алгоритм забезпечує комплексний підхід, дозволяючи оцінити мовлення пацієнтів у різних аспектах, що сприяє як точнішій діагностиці, так і подальшим дослідженням.

6. У ході експерименту із застосуванням алгоритму психолінгвістичної ідентифікації хворих на шизофренію нами було виявлено особливості мовлення хворих в усному та письмовому мовленні, а також під час проведення вільного асоціативного експерименту.

Розроблений алгоритм психолінгвістичної ідентифікації є унікальним завдяки поєднанню усної, письмової частин та вільного асоціативного експерименту. Такий комплексний підхід не лише забезпечує всебічне охоплення мовленнєвих особливостей хворих на шизофренію, а й суттєво економить час для аналізу.

Крім того, запропонований алгоритм підтвердив валідність висновків, до яких ми дійшли у попередніх наших дослідженнях. Він надав змогу не лише відтворити виявлені раніше особливості мовленнєвої діяльності пацієнтів, а й узагальнити ці результати в рамках єдиної дослідницької стратегії. Завдяки цьому алгоритм став як підсумковим результатом проведеного дослідження, так і методологічною основою для подальших наукових і клінічних розробок

7. Проведене дослідження усного та письмового пацієнтів із шизофренією виявило порушення на всіх рівнях мовної організації: фонетичному, лексико-семантичному, морфологічному, синтаксичному, текстовому та прагматичному. Виявлені особливості розкривають специфіку мовленнєвих проявів при

порушенні вищих психічних функцій і відображають глибокі когнітивні та комунікативні труднощі психічно хворих.

Асоціативний експеримент виявив, що пацієнти з шизофренією демонстрували більш варіативні й емоційно забарвлені реакції, які відображали їхні індивідуальні переживання та нестандартне сприйняття стимулів. У їхніх асоціаціях переважали синтагматичні зв'язки, що контрастувало зі стандартизованими парадигматичними реакціями здорових респондентів. Ці відмінності свідчать про розбіжності в когнітивних стратегіях і мовленнєвій організації між групами.

Розроблений алгоритм психолінгвістичної ідентифікації, який поєднує аналіз усного, письмового мовлення та асоціативних реакцій, дав змогу узагальнити отримані результати, підтвердивши валідність попередніх досліджень. Цей алгоритм забезпечує комплексний підхід до вивчення мовлення пацієнтів із шизофренією, сприяє економії часу та відкриває нові перспективи для діагностики й подальших досліджень.

Перспективи дослідження вбачаємо у впровадженні отриманих результатів у клінічну практику, зокрема для вдосконалення діагностичних підходів та реабілітаційних програм у їхній проєкції на власне мовний аспект. Одним із важливих напрямів є розробка програмного забезпечення для автоматичного аналізу мовлення, що дасть змогу оперативно виявляти порушення вищих психічних функцій, насамперед на рівні їхніх вербальних експлікацій.

Результати дослідження створюють базу для подальшого вивчення мовленнєвих порушень при різних психічних розладах, зокрема з урахуванням таких аспектів, як стадії захворювання, гендерні й вікові особливості, мовна належність та соціокультурний контекст пацієнтів. Це уможливило дослідження мовленнєвих виявів у носіїв різних мов і представників різних соціальних груп, а також відстеження динаміки мовлення на різних етапах хвороби.

Крім того, перспективним видається вивчення індивідуальної асоціативної амплітуди, яка слугує індикатором варіативності та специфіки когнітивних процесів у пацієнтів із порушеннями вищих психічних функцій, а а також створення асоціативних словників пацієнтів із психічними розладами, які можуть стати цінним інструментом для діагностики та терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арістотель. Політика / Пер. з давньогр. та передм. О. Кислюка. Київ : Основи, 2000. - 239 с.
2. Бардина. В. Языковая гармонизация сознания. Одесса : Астропринт. 1997. 272 с.
3. Бахтин М. М. Проблема речевых жанров / Батин М. Собр. соч. в . 5 т. Москва : Русские словари, 1996. Т. 5: Работы 1940-1960 гг. С.159–206.
4. Бацевич Ф. Основи комунікативної лінгвістики : підручник. Київ : ВЦ Академія, 2004. 344 с.
5. Бацевич Ф. С. Український одивнений художній текст: лінгвістичні виміри : монографія. Львів : ПАІС, 2014. 287 с.
6. Боринштейн Є. Соціокультурні особливості мовної особистості. *Соціальна психологія*. 2004. № 5 (7). С. 63–72. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/0peddysk_2012_12_76.pdf (дата звернення: 23.08.2024).
7. Варій М. Й. Загальна психологія : підручник [для студ. вищ. навч. закл.] 3-тє вид. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 1007 с.
8. Вашуленко М. Формування мовної особистості молодшого школяра в умовах переходу до 4-річного початкового навчання. *Початкова школа*. Ужгород: УжНУ, 2001. № 1. С. 11–14.
9. Ворончук С., Зубань О., Робейко В. Лінгвістичні маркери депресії в українськомовних дописах соціальної мережі facebook. *ЛОГОС*. URL: <https://www.ukrlogos.in.ua/10.11232-2663-4139.10.13.html> (дата звернення 1.09.2024)
10. Всеукраїнська асоціація психолінгвістів. URL: <https://vap1.pp.ua/> (дата звернення: 2.11.2024)

11. Вул С. М., Кузниченко Л. В. Автороведческая и лингвистическая экспертизы письменной речи. *Теорія та практика судової експертизи і криміналістики*. Харків : Право, 2005. Вип. 5. С. 162–166.
12. Выготский Л. С. Динамика умственного развития школьника в связи с обучением / Выготский Л. С. Умственное развитие детей в процессе обучения. Москва-Ленинград : Госучпедгиз, 1935. С. 33–52.
13. Выготский Л. С. Мышление и речь. Изд. 5, испр. Москва : Лабиринт, 1999. 352 с.
14. Выготский Л. С. Психология развития человека. Москва : Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. 1136 с.
15. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии / Под ред. А. Р. Лурия, М. Г. Ярошевского. Москва : Педагогика, 1982. 488 с.
16. Гавенко В. А., Самардакова Г. О., Бачериков М. Є. Психіатрія і наркологія. Київ : Здоров'я, 1993. 192 с.
17. Гавенко В., Бітенський В., Абрамов В. Психіатрія і наркологія : підручник. 2-ге вид., переробл. і допов. Київ : ВСВ Медицина, 2015. 512 с.
18. Гаррабе Ж. История шизофрении. / Ред. изд. на русск. языке: М. М. Кабанов, Ю. В. Попов. Москва-Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева, 2000. 303 с.
19. Герасименко Л. О. Гендерні відмінності когнітивної функції у пацієнтів з параноїдною шизофренією. *Світ медицини та біології. Вищ. держ. навч. закл. України «Укр. мед. стоматол. акад.»* 2017. С. 36–38.
20. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 2021. Випуск 9. С.73-78.

21. Гольдштейн К. Последствия поражения мозга на войне. Афазия и восстановительное обучение / Тексты под ред. Л. С. Цветковой, Ж. М. Глозман. Москва : Изд-во МГУ, 1983. С. 204–210.
22. Горошко Е. И. Интегративная модель свободного ассоциативного эксперимента : монография. Харьков ; Москва : РА-Каравелла, 2001. 320 с.
23. Горошко Е. И. Особенности мужского и женского вербального поведения (психолингвистический анализ) : дис. ... канд. филол. наук. Москва, 1996. 185 с.
24. Декарт Р. Метафізичні розмисли; пер. з фр. З. Борисюк, О. Жупанський; ред. П. Соколовський. Київ : МП Юніверс, 2000. 304 с.
25. Денисевич О. В. Вільний асоціативний експеримент як засіб дослідження соціального портрету. Волинь-Житомирщина: Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2010. С. 334–340.
26. Дружинець М. Л. Українське усне мовлення: психо- та соціофонетичний аспекти : монографія. Одеса: Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2019. 580 с.
27. Ерліхман А. М. Асоціативний компонент значення у реалізації імпліцитності (на матеріалі англомовних п'єс ХХ століття). *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Сер.: Філологічна.* 2013. Вип. 35. С. 111–113. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoaf_2013_35_37 (дата звернення 26.08.2024).
28. Загнітко А. Теорія лінгвоперсонології : монографія. Вінниця : Нілан-Лтд, 2017. 136 с.
29. Загнітко А., Жигай А. Війна на сході України очима учнів Вінниччини й Донеччини: асоціативний словник (2014 – 2021 рр.). Донец. нац. ун-т імені В. Стуса. *Лігвістичні студії.* 2023, № 45, р. 162-171
30. Загнітко А., Михальченко М. Основи психолінгвістики : науково-навчальне видання. Донецьк : ДонДУ, 2008. 233 с.

31. Засєкіна Л. В., Засєкін С. В. Вступ до психолінгвістики : навч. посіб. Острог : Вид-во ун-ту «Острозька академія», 2002. 168 с.
32. Зинченко П. И. Непроизвольное запоминание. Москва : Изд-во АПН РСФСР, 1961. 562 с.
33. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Сер. Психологічні науки.* 2016. № 1. С. 77–81. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2016_1_15 (дата звернення 10.08.2024).
34. Іщук Т. Нейролінгвістичне програмування як ефективний метод навчання перекладу: аспект пізнавальної функції мови. *Актуальні питання гуманітарних наук. Дрогобич:* 2014. № 8. С. 242–248. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/23061> (дата звернення 10.09.2024).
35. Калаянова О. Д. Сучасні підходи до складання комплексу завдань криміналістичної експертизи почеркових об'єктів. *Південноукраїнський правничий часопис.* 2015. № 3. С. 194-197. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pupch_2015_3_59 (дата звернення: 29.09.2024).
36. Калмикова Л. О. Психологія мовлення і психолінгвістика: навч. посіб. для студ. вищих навч. закл. Переяслав-Хмельницький : Переяслав-Хмельницький пед. ін-т, 2008. 325 с.
37. Карпіна О. Психологічний аспект вивчення комунікативної поведінки депресивної особистості. *Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Філологічні науки. Мовознавство.* 2015. № 4. С. 118–123. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvvnufm_2015_4_25 (дата звернення: 24.10.2024).
38. Ковалевська А. В. Структурна модель текстової сугестивності (на матеріалі рекламних слоганів і замовлянь). *Актуальні питання масової комунікації: науковий журнал. голов. ред. В. В. Різун; Інститут журналістики КНУ імені Тараса Шевченка. Київ, 2008. С. 35–38.*

39. Ковалевська Т. Ю. Прикладні аспекти укладання асоціативних словників. Українська і слов'янська тлумачна і перекладна лексикографія, 2013. С. 140–146.

40. Ковалевська Т. Ю. Семантика онімних асоціатів у рекламному дискурсі. *Записки з ономастики*, 2001. Вип. 5. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/19fa6ccb-784b-4530-82b8-d5ff9b99db8a/content> (дата звернення 1.11.2024)

41. Ковалевська Т. Ю. Актуальні напрями дослідження вербального впливу. *Одеський лінгвістичний вісник* : зб. наук. праць., голов. ред. Н. В. Петлюченко. Нац. ун-т «Одеська юридична академія». Вип. 3. Спец. вип., присвячений 200-річчю від дня народження Т. Г. Шевченка. Одеса : Гельветика, 2014. С. 110–117.

42. Ковалевська Т. Ю. Комунікативні аспекти нейролінгвістичного програмування. Одеса : Астропринт, 2001. 344 с.

43. Ковалевська Т. Ю. Техніки комунікативної сугестії в нейролінгвістичному програмуванні. *Записки з українського мовознавства*. Одеса: ПолиПринт, 2014. Вип. 21. С. 82–89.

44. Ковалевська Т. Семантика онімних асоціантів у рекламному дискурсі. *Записки з ономастики*, Одеса: ПолиПринт 2001. Вип. 5. С. 3-11.

45. Ковалевська Т. Ю., Денисевич О. В. Психолінгвістична інтепретація поняття ДІМ: українські реалії URL : <http://zum.onu.edu.ua/article/view/309465> (дата звернення 01.12.2024)

46. Ковалевська Т. Ю., Локота І. М. Алгоритм психолінгвістичної ідентифікації мовленнєвих маркерів шизофренії. *Записки з українського мовознавства*. Одеса: ПолиПринт, 2021. Вип. 28, С. 266-274.

47. Коваль Л. М. Психолінгвістика : методичні рекомендації для здобувачів вищої освіти магістерського рівня освітньо-професійної програми «Українська мова та література». Вінниця : Видавництво ФОП Кушнір Ю. В., 2021. 68 с.

48. Козьолкін О., Сікорська М., Візір І., Нерянова Ю. Деменція : навчально-методичний посібник. Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. 90 с.
49. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
50. Кондратенко Н. В. Організація семантичного поля тексту: текстовий та інтерпретаційний зміст : зб. наук. праць. Одеса : Докса, 2004. Вип. 6 : Мова, текст, культура. С. 40–49.
51. Космеда Т. Ego і Alter Ego Тараса Шевченка в комунікативному просторі щоденникового дискурсу: моногр. Дрогобич : Коло, 2012. 372 с.
52. Космеда Т. А. Гендерна лінгвістика в Україні: історія, теоретичні засади, дискурсивна практика : колект. моногр. за наук. ред. проф. Т. А. Космеди. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди; Дрогобич : Коло, 2014. 472 с.
53. Космеда Т. А. Індекс комунікативної компетенції та психотип як параметри диференціації мовної особистості. *Лінгвістичні дослідження*. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2011. Вип. 31. С. 196–205.
54. Космеда Т. А. Комунікативна компетенція Івана Франка: міжкультурні, інтерперсональні, риторичні виміри : монографія. Львів : ПАІС, 2006. 328 с.
55. Кочарян Г. С. Гіперсексуальність як прояв різних розладів. Здоров'я чоловіка. 2021. С. 74–84. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdmu_2021_3_12 (дата звернення 10.10.2024)
56. Кочерган М. П. Загальне мовознавство : підруч. для студ. філол. спец. ВНЗ. 2-ге вид., випр. і доп. Київ : ВЦ *Академія*, 2006. 463 с.
57. Крепелин Э. Учебник психиатрии : для врачей и студентов /; перевод с 8-го немецкого переработаного издания Галунов. Москва : Изд. А. А. Карцева, 1910. 468 с.
58. Кронфельд А. Становление синдромологии и концепции шизофрении. Москва : Класс, 2006. 758 с.

59. Куліш Т. В. Паранояльна риторика в американському політичному дискурсі: автореф. дис. ... канд. філол. наук: Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2017. 20 с.
60. Кульбабська О. В., Шатілова Н. О. Основи мовознавчих досліджень : модульний курс : навч. посібник. Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2016. 344 с.
61. Куранова С. Основи психолінгвістики : навч. посіб. Київ : ВЦ Академія, 2012. 208 с.
62. Куранова С. Основи психолінгвістики. Київ : ВЦ Академія, 2023. 208 с.
63. Кутуза Н. В. Формула впливу рекламного дискурсу. *Одеський лінгвістичний вісник* : зб. наук. праць. голов. ред. Н. В. Петлюченко. Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». Вип. 3. Спец. вип., присвячений 200-річчю від дня народження Т. Г. Шевченка. Одеса : Гельветика, 2014. С. 138–145.
64. Левада О., Троян О. Клінічні та нейровізуалізаційні аспекти розладів форми мислення при шизофренії: короткий описовий огляд. *Сучасні медичні технології*. 2024. Т. 16, №2(61). С. 144-151. URL : https://www.researchgate.net/publication/382092567_Clinical_and_neuroimaging_aspects_of_formal_thought_disorder_in_schizophrenia_a_brief_narrative_review (дата звернення 17.11.2024)
65. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону : Феникс, 2000. 544 с.
66. Леонтьев А. А. Основы психолінгвістики. 3-е изд. Москва : Смысл; СПб. : Лань, 2003. 287 с.
67. Литвин Т. Можливості судово-лінгвістичної експертизи на початку ХХІ ст. *Право України*. Харків: Право, 2001. № 1. С. 110–113.
68. Локота І. М. Особливості асоціювання хворих на параноїдну шизофренії. *Записки з українського мовознавства*. Одеса: ПолиПринт, 2020. Вип. 27, С. 259-266.

69. Локота І. М. Особливості мовлення хворих при параноїдній шизофренії: асоціативний аспект. *Одеська лінгвістична школа: кола реконструкцій*. Колективна монографія. За ред. Т. Ю. Ковалевської та ін. 2020. С. 449-455.

70. Локота І. М. Паузація в усному мовленні хворих на шизофренію. *Записки з українського мовознавства*. Одеса: ПолиПринт. 2024. Вип. 31, С. 421-427.

71. Локота І. М. Синтаксична структура речень у мовленні хворих на шизофренію: психолінгвістичний аспект. *Вісник освіти та науки*. Серія: Філологія. Київ: Всеукр. асамбл. д-рів наук з держ. упр. 2024. Вип. 10 (28). С. 379-386.

72. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Москва : Издательство Московского университета, 1962. 432 с.

73. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. Изд. 3-е. Москва : Книжный дом ЛИБРОКОМ, 2009. 256 с.

74. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2003. 384 с.

75. Мартинюк А. П. Гендер як конструкт дискурсу. Дискурс як когнітивно-комунікативний феномен : моногр. під загальн. ред. І. С. Шевченко. Харків : Константа, 2005. С. 295–318.

76. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.

77. Марута Н. О. Шизофренія та інші первинні психотичні розлади в МКХ-11: особливості дименціонального підходу. *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, вип. 1 (110). С. 16–20. URL: <https://uvnnpn.com.ua/arkhiv-nomeriv/2022/1/shizofren-ya-ta-nsh-pervinn-psikhotichn-rozradi-v-mkkh-11-osoblivost-dimens-onalnogo-p-dkhodu>

(дата звернення 02.09.2024)

78. Мацько Л. Аспекти мовної особистості у перспекції педагогічного дискурсу. *Дивослово*. 2006. № 7. С. 2–4.

79. Михайлов Б. В. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарівслухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., перероблене та доповнене / За заг. ред. Б. В. Михайлова. Харків : ХМАПО, 2014. 328 с.

80. Напреєнко О. К., Влох І. Й., Голубков О. З., Сонник Г. Т. Психіатрія / За ред. проф. О. К. Напреєнка. Київ : Здоров'я, 2001. 584 с.

81. Напреєнко О. К., Логановський К. М., Вишніченко С. І. Шизофренія: причини виникнення, особливості прояву та лікування. *Психіатрія*. 2019. № 2. С. 10–19. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/319/1/Collect_Anthropology_2019_2_9_all_1.pdf (дата звернення: 01.09.2024)

82. Носенко Э. Л. Особенности речи в состоянии напряженности. Днепропетровск : Изд-во Днепропетр. ун-та, 1975. 132 с.

83. Носенко Э. Эмоциональное состояние и речь. Киев : Вища школа, 1981. 195 с.

84. Озджан Вурал А., Куруоглу Г. Вживання номінальних і вербальних предикатів у мові хворих на шизофренію. *Psycholinguistics*. 2020. № 27(2). С. 213–228. URL: <https://psycholing-journal.com/index.php/journal/article/download/914/254/> (дата звернення: 01.08.2024).

85. Озджан Вурал А., Куруоглу Г., Алптекін К. Граматична обробка при шизофренії: аналіз структури речення. *Psycholinguistics*. 2022. № 31(2). С. 95–115. URL: <https://psycholing-journal.com/index.php/journal/article/download/1284/362/> (дата звернення: 01.08.2024).

86. Османова А., Хоруженко Г. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 183 с.

87. Папіш В. А. Лінгвопсихоакцентуація елітарної мовної особистості: теорія, історія, дискурсивна практика : монографія / передне слово, наук. ред. Т. А. Космеди. Вінниця ; Ужгород : Ліра, 2022. 456 с.

88. Папіш В. А. Мовна особистість та вишукана мовна особистість як ключові поняття теорії лінгвоперсонології. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Філологія»*. Острог : Вид-во НаУОА, 2022. Вип. 13(81). С. 306–310.

89. Папіш В. Мовна реалізація депресії в повісті Ольги Кобилянської «В неділю рано зілля копала». *Studia Ukrainica Posnaniensia / red. nauk. T. Kosmeda. Poznań, 2020. Zesz. VII. 2. S. 139–148.*

90. Папіш В. Демонстративна мовна особистість Лесі Українки (на матеріалі драматичної поеми «Кассандра»). *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Філологія. Соціальні комунікації*. 2014. Вип. 2. С. 13–17. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuufilol_2014_2_5 (дата звернення 19.11.2024)

91. Партико Т. Б. Загальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Видавничий Дім «Ін Юре», 2008. 416 с.

92. Пентилюк М. І. Мовна особистість учня в перспекції мовленнєвого спілкування. Актуальні проблеми сучасної лінгводидактики : збірн. статей. Київ : Ленвіт, 2011. С. 80–84.

93. Платон. Держава / Пер. з давньогр. Д. Коваль. Київ : Основи, 2000. 355 с.

94. Плєскач Б. В. Особливості внутрішньоособистісних конфліктів у онкогематологічних хворих. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2016. Вип. 53. С. 163–177. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psychol_2016_53_18 (дата звернення: 18.10.24).

95. Плисак Д. В. Асоціативний потенціал англійських медичних термінів у художньому дискурсі: лінгвокогнітивний вимір. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Сер.: Філологічна. Острог: Вид-во Нац. ун-ту "Острозька академія", 2012. Вип. 29. С. 167–244.

96. Психіатрія похилого віку: В 2 т. Т.1: пер. з англ. / Під заг. ред. В. Позняка. Київ : Сфера, 2001. 416 с.
97. Психодіагностика: навчальний посібник для студентів соціологів / уклад. Ю. В. Кушнір; відпов. ред. В. П. Кушнір. Донецьк : КиЦ, 2012. 346 с.
98. Романченко А. П. Елітарна мовна особистість у просторі наукового дискурсу: комунікативні аспекти: моногр. Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2019. 541 с.
99. Романченко А. Проблема типології мовних особистостей // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету. Сер. Мовознавство. Тернопіль : ТНПУ, 2016. Вип. 2 (26). С. 73-77.
100. Саржевський С. Н. Психологія та патологія мислення : навчальний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». Запоріжжя, 2019. 73 с. URL: http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/9473/1/Sarzhevskyj_Psyh-ta-pat-mysl_2019.pdf (дата звернення 30.11.2024).
101. Свиридова Л. В. Особливості методики авторознавчої класифікаційно-діагностичної експертизи. *Теорія та практика судової експертизи і криміналістики*. Харків: ННЦ "ІСЕ ім. Засл. проф. М. С. Бокаріуса", 2010. Вип. 10. С. 262–270.
102. Седов К. Ф. Языковая личность в аспекте психолингвистической конфликтологии. Труды Международного симпозиума «Диалог – 2002» по компьютерной лингвистике и ее приложениям. URL : <http://www.dialog-21.ru/digest/2002/article/sedov> (дата обращения: 13.10.2024).
103. Селіванова О. О. Світ свідомості в мові. Мир сознания в языке. Монографічне видання. Черкаси : Чабаненко Ю., 2012. 488 с.
104. Селіванова О. О. Сучасна лінгвістика: напрями та проблеми : підручник. Полтава : Довкілля-К, 2008. 712 с.
105. Семенов О. Лінгвоперсонологія : навч. посіб. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 192 с.

106. Сепетий Д. Психофізичний дуалізм Декарта у сучасній ретроспективі. *Філософська думка*. 2016. № 3. С. 64–73. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Philos_2016_3_8 (дата звернення 12.10.2024).

107. Середя Г.К. Избранные психологические труды: сборник / Сост. Е.Ф. Иванова, Е.В. Заика. – Харків : ХНУ им. В. Н. Каразина, 2010. – 352 с.

108. Скрипник А. Особливості мовлення пацієнтів із шизофренією. *Молодий вчений* : зб. наук. праць / відп. ред. проф. Ю. О. Шепель. Харків : Гельветика, 2021. Вип. 3(91). С. 87–92.

109. Скрипник А. Особливості мовлення при хворобі Альцгеймера. *Молодий вчений* : зб. наук. праць / відп. ред. проф. Ю. О. Шепель. Харків : Гельветика 2021. № 2 (90). С. 85–89.

110. Скрипніков А. М., Кидонь П. В. Етіологія та патогенез шизофренії: сучасний стан вивчення проблеми. Полтава : АСМІ, 2019. 51 с.

111. Слобин Д., Грин Дж. Психолінгвістика / Под ред. А. А. Леонтьева. Москва: Прогресс, 1976. 350 с.

112. Соботович Е. Ф. Формирование правильной речи у детей с моторной алалией. Киев : КГПИ, 1981. 150 с.

113. Сонник Г., Напреев О., Скрипніков А. Психіатрія. Київ : «Здоров'я», 2003, 443 с.

114. Соссюр де Ф. Курс загальної лінгвістики. Київ : Основи, 1998. 324 с.

115. Струганець Л. В. Культура мови. Словник термінів. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2000. 88 с.

116. Сурмач О. Я. Асоціативний експеримент та вербальні асоціації у психолінгвістичних дослідженнях. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Сер. Філологічна* / ред кол.: А. М. Архангельська, П. В. Білоус, Г. М. Вокальчук; уклад.: І. В. Ковальчук, Л. М. Коцюк, С. В. Новоселецька. Острог : Острозька академія, 2012. Вип. 29. С. 22–24.

117. Сурувикин В. Е. К особенностям почерка психических больных. Судебная экспертиза. Сб. 1. Иваново, 1934. 252 с.

118. Тараненко К. В. Асоціативний експеримент як метод дослідження прагматики антонімії української мови. *Дослідження з лексикології і граматики української мови*. 2014. Вип. 15. Дніпро: Б. в., С. 79–87.

119. Терехова Д. І. Голос народу – голос Божий (психолінгвістичний аналіз асоціативних полів стимулів народ і народ в українській і російській мовах. *Науковий вісник кафедри Юнеско КНЛУ*. Серія: Філологія. Педагогіка. Психологія. Вип. 20. 2010. С. 17–24. URL: <http://rep.knlu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/787878787/1377/terekhova.pdf?sequence=1> (дата звернення: 23.10.2024).

120. Терехова Д. І. Особливості сприйняття лексичної семантики слів: психолінгвістичний аспект. Київ: КДЛУ, 2000. 244 с.

121. Томилин В. В. Основы судебно-медицинской экспертизы письма: Москва : Медицина, 1974. 255 с.

122. Труба Г. Нейролінгвістичні дослідження у методиці викладання української мови як іноземної. *Записки з українського мовознавства*. 2019. URL : <http://zum.onu.edu.ua/article/view/181902/181792> (дата звернення 10.09.2024)

123. Федосова Л. О. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : ДП Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

124. Федосєєв В. А. Ф Основы неврологии та психиатрии: навч. посіб. Харків : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. 79 с. URL : <https://psychology.karazin.ua/dist2020/materialy/FedoseevNevr.pdf> (дата звернення 10.10.2024)

125. Форманова С. В. Прикметники на позначення негативної оцінки: асоціативний експеримент. *Одеський лінгвістичний вісник*. Одеса: Фенікс, 2015. Вип. 5(2). С. 163–167.

126. Холод О. Завдання психолінгвістичної методології досліджень і квантовий підхід. *Psycholinguistics*. Переяслав-Хмельницький: ФОП Домбровська Я. М. 2019. Vol. 25. Iss. 2. С. 338–370.

127. Холод О. М. Граматика і стаття. Збір. наук. праць : у 10-ти т. Кривий Ріг : Вид-во Кривор. навч. центру Одеської нац. юрид. академії, 2008. С. 7–114.
128. Чугунов В. Методична розробка до практичного заняття по темі «Психологія та психопатологія пам'яті, уваги та інтелекту». URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/> (дата звернення 1.12.2024)
129. Шторм А. Тезиси по теории психической коммуникации. URL: <http://www.psy.piter.com> (дата обращения: 14.10.2024).
130. Щербак О. Типи та види комунікативного впливу в публіцистичному кінодискурсі. *Проблеми гуманітарних наук* : збірник наукових праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія «Філологія». Дрогобич: Гельветика, 2021. Вип. 47. С. 260–267.
131. Юрьева Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей. Днепропетровск : Новая идеология, 2010. 244 с.
132. Якобсон Р. О. Избранные работы. Москва : Прогресс, 1985. 460 с.
133. Яцкевич О. О. Концепт «воля» в українській мовній картині світу: автореф. дис. ... канд. філол. наук. Харк. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків: Б. в., 2009. 19 с.
134. Akira, Miyamoto et al. The Outcome of Neurorehabilitation Efficacy and Management of Traumatic Brain Injury. *Frontiers in human neuroscience*. 2022. Vol. 16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35814948/> (date of access: 1.12.2024)
135. Alonso-Sanchez M. F., Z-Rivera L., Otero M., Portal J., Cavieres A´ and Alfaro-Faccio P. Aberrant brain language network in schizophrenia spectrum disorder: a systematic review of its relation to language signs beyond symptoms. *Front. Psychiatry*. 2024. № 4. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1244694/full> (date of access: 5.12.2024)
136. Andreasen N. C. Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophr Bull*. 1986. № 12(3). P. 473–482.

137. Andreasen N. C. Thought, language, and communication disorders: clinical assessment, definition of terms, and assessment of their reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1979. № 36. P. 1315–1321.

138. Atkinson R. C., Shiffrin R. M. Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence & J. T. Spence. *The psychology of learning and motivation: II*. Academic Press, 1968. URL: https://app.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/articles/1968-Atkinson_and_Shiffrin.pdf (date of access: 1.12.2024)

139. August S. M., Kiwanuka J. N., McMahon R. P., Gold J. M. The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): clinical and cognitive correlates. *Schizophrenia research*. 2012. № 134(1). P. 76–82.

140. Bakhtin M. M. Speech Genres and Other Late Essays, C. Emerson & M. Holquist eds., Vern Mcgee, Trans., University of Texas Press. *South Central Review*. 1998. Vol. 5. № 1. P. 115–117.

141. Baltaxe C. A. M., Simmons, J. Q. III. Speech and language disorders in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1995. № 21(4). C. 677–692.

142. Banovic, S., Zunic, L. J., Sinanovic, O. Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia socio-medica*. 2018. № 30(3). C. 221–224.

143. Barch D. M. The cognitive neuroscience of schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 2005. № 1. P. 321–353.

144. Benson P., Voller P. (eds.). *Autonomy & independence in language learning*. New York : Longman, 1997. 270 p.

145. Blanzker E. A, Berker A. H, Smith A. Translation of Broca's 1865 report. Localization of speech in the third left frontal convolution. *Arch Neurol*. 1986. URL:<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/585803> (date of access: 7.11.2024)

146. Bleuler E. In: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias/ Intl Universities Pr In*. 1968. 548 p.

147. Brown T. E. Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults. Yale University Press, 2005. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2005-10977-000> (date of access: 1.12. 2024)
148. Buck B., Penn D. L. Lexical Characteristics of Emotional Narratives in Schizophrenia. *Nerv Ment Dis.* 2015. Vol. 203. P. 702–708.
149. Cacciari C., Pesciarelli F., Gamberoni T. et al. Is black always the opposite of white? The comprehension of antonyms in schizophrenia and in healthy participants. *Behav. Sci.* 2015. Vol. 5. P. 93–112.
150. Canu W., Eddy L. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). The Guilford Pres, 2015. URL: <file:///C:/Users/user/Downloads/WCLE2015Barkleybookreview.pdf> (date of access: 3.12.2023)
151. Casarotti H. Henri Ey's Études Psychiatriques, Traité des Hallucinations and La Conscience, 2nd edn: the history of the Spanish translations. *History of psychiatry.* 2015. № 26(4). P. 510–512.
152. Cattell, J. M.. The conceptions and methods of psychology. *Popular Science Monthly.* 18904. P. 176–186. URL: <https://archive.org/details/hugomnsterberg00mnuoft/page/n3/mode/2up> (date of access: 12.10.2024)
153. Cavelti M., Kircher T., Nagels A., Strik W., Homan P. Is formal thought disorder in schizophrenia related to structural and functional aberrations in the language network? A systematic review of neuroimaging findings. *Schizophr Res.* 2018. № 199. P. 2–16.
154. Chaika E. O. A Linguist Looks at Schizophrenic Language. *Brain Language.* 1974. Vol. 1. P. 257–276.
155. Chaika E. O., Lambe R. A. Cohesion in Schizophrenic Narratives, Revisited. *Commun. Dis.* 1989. Vol. 22. P. 407–421.
156. Chen J., Wensing T., Hoffstaedter F., Cieslik E. C., Müller V. I., Patil K. R., et al. Neurobiological substrates of the positive formal thought disorder in

schizophrenia revealed by seed connectome-based predict. *NeuroImage: Clinical*. 2021. № 30. 11 p.

157. Chomsky N. Aspects of the Theory of Syntax. 50th ed. The MIT Press, 1965. URL: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt17kk81z> (date of access: 1.10.2024).

158. Chomsky N. On Nature and language. Cambridge University Press. 2002. URL: <https://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam033/2002071581.pdf> (date of access: 1.10.2024).

159. Cohen A. S., Docherty N. M. Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004. Vol. 69. P. 7–14.

160. Cohen B. D., Camhi J. Schizophrenic Performance in A Word-Communication Task. *Abnorm. Psychol.* 1967. Vol. 72. P. 240–246.

161. Colle L., Angeleri R., Vallana M. et al. Understanding the communicative impairments in schizophrenia: A preliminary study. *Commun. Dis.* 2013. Vol. 46. P. 294–308.

162. Comprehensive Adult Intelligence Test. URL: <https://cognitivemetrics.co/test/CAIT> (date of access: 30.08.2024)

163. Condray R., Steinhauer S. R., van Kammen D. P. et al. The Language System in Schizophrenia: Effects of Capacity and Linguistic Structure. *Schizophr. Bull.* 2002. Vol. 28. P. 475–490.

164. Covington M. A., He C., Brown C. et al. Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 77. P. 85–98.

165. Critical thinking: Tools for taking charge of your learning and your life. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. URL: https://greatbooksummer.com/gb_program/leadership/?utm_source=google&utm (date of access: 5.12.2024)

166. Cutting J., Murphy D. Preference for Denotative as Opposed to Connotative Meanings in Schizophrenics. *Brain Language*. 1990. Vol. 39. P. 459–468.

167. Darley F., Aronson A., Brown J. B. *Motor Speech Disorders*. Front Cover. Saunders, 1975. 304 p.
168. Davidson R. J., Putnam K. M., Larson C. L. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation a possible prelude to violence. *Science* (New York, N.Y.). 2000. № 289 (5479). P. 591–594.
169. Davydovych M. Applying neurolinguistic approach to language teaching URL: <http://philol-zbirnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/philol/article/view/335/519> (date of assess: 10.09.2024)
170. DeLisi L. E. *Speech Disorder in Schizophrenia: Review of the Literature and Exploration of Its Relation to the Uniquely Human Capacity for Language*. *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27. P. 481–496.
171. Deese, J. *The Structure of Associations in Language and Thought*, Baltimore, 1965. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-linguistics/article/abs/james-deese-the-structure-of-associations-in-language-and-thought-baltimore-the-johns-hopkins-press-1965-pp-ix-216/83E7C20007BE300B8476DF374CCED665> (date of access: 9.10.2024)
172. Descartes R. *Meditations on First Philosophy*. Oxford University Press, 2008. 336 p.
173. Dget J. *The psychology of intelligence*. London : Routledge, 2001. 216 p.
174. Docherty N. M., Cohen A. S., Nienow T. M. et al. Stability of Formal Thought Disorder and Referential Communication Disturbances in Schizophrenia. *Abnorm. Psychol.* 2003. Vol. 112. P. 469–475.
175. Docherty N. M., Evans I. M., Sledge W. H. et al. Affective Reactivity of Language in Schizophrenia. *Nerv. Ment. Dis.* 1994. Vol. 182. P. 98–102.
176. East European journal of psycholinguistics. URL: <https://eejpl.vnu.edu.ua/index.php/eejpl> (date of access: 1.11.2024)
177. Fabbro F. The Bilingual Brain: Bilingual Aphasia. *Brain and Language*. 2001. № 79. P. 201–210.

178. Fraser W. I., King K. M., Thomas P. et al. The Diagnosis of Schizophrenia by Language Analysis. *Br. J. Psychiatry*. 1986. Vol. 148. P. 275–278.
179. Gerry T. M. Altmann. Ambiguity in sentence processing. *Trends in Cognitive Sciences*. 1998. Vol. 2, Issue 4. P. 146–152.
180. Gerson S. N., Benson F., Frazier S. H. Diagnosis: Schizophrenia Versus Posterior Aphasia. *Am. J. Psychiatr.* 1977. Vol. 134. P. 966–969.
181. Green J. Psycholinguistics: Chomsky and Psychology. New York : Penguin Books, 1977. 208 p.
182. Grove W. M., Andreasen N. C. Language and Thinking in Psychosis. *Arch Gen. Psychiatry*. 1985. Vol. 42. P. 26–32.
183. Guo J. Y., Ragland, J. D., & Carter, C. S. Memory and cognition in schizophrenia. *Molecular psychiatry*, 24(5)/ 2019. P. 633–642.
184. Guzhva S. Neurolinguistic programming in the context of foreign language learning. *International Science Journal of Education & Linguistics*. 2023. № 2(6). C. 9–15.
185. Haas M. H., Chance S. A., Cram D. F. et al. Evidence of Pragmatic Impairments in Speech and Proverb Interpretation in Schizophrenia. *Psycholinguist Res.* 2015. Vol. 44. P. 469–483.
186. Harley T. A. The psychology of language: From data to theory (4th ed.). East Sussex : Psychology Press, 2014. 624 p.
187. Hella P., Niem J., Hintikka J. et al. Disordered semantic activation in disorganized discourse in schizophrenia: a new pragma-linguistic tool for structure and meaning reconstruction. *Lang Commun. Dis.* 2013. Vol. 48. P. 320–328.
188. Herbert R. K., Waltensperge K. Z. Schizophrasia: case study of a paranoid schizophrenic's language. *Applied Psycholinguistics*. 1980. Vol. 1. P. 81–93.
189. Hillert D. ed. Sentence Processing: A Cross-Linguistic Perspective. Syntax and Semantics. San Diego : Academic Press, 1998. P. 464.

190. Hoffman R. E., Kirstein L., Stopek S. et al. Apprehending Schizophrenic Discourse: A Structural Analysis of the Listener's Task. *Brain Language*. 1982. Vol. 15. P. 207–233.
191. Hoffman R. E., Sledge W. H. An Analysis of Grammatical Deviance Occurring in Spontaneous Schizophrenic Speech. *Neurolinguistics*. 1988. Vol. 3. P. 89–202.
192. Hong K., Nenkova A., March M. E. et al. Lexical use in emotional autobiographical narratives of persons with schizophrenia and healthy controls. *Psychiatr. Res*. 2015. Vol. 225. P. 40–49.
193. Hotchkiss A. P., Harvey P. D. Linguistic analyses of speech disorder in psychosis. *Clin. Psychol. Rev*. 1986. Vol. 6. P. 155–175.
194. Hughes G. W. Neuropsychiatric Aspects of Bilingualism: A Brief Review. *British Journal of Psychiatry*. 1981. № 139. P. 25–28.
195. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics
URL: <http://id.who.int/icd/entity/1683919430> (date of access: 1.12. 2024)
196. International journal of psycholinguistics. URL: https://search.lib.asu.edu/permalink/01ASU_INST/1o1u1i6/alma99100874409970384_1 (date of access: 1.11.2024)
197. Jagadeesh N. An overview of the effects of learning a language on the brain's neuroplasticity. 2023. URL: https://www.researchgate.net/publication/373062759_overview_of_the_effects_of_learning_a_language_on_the_brain's_neuroplasticity (date of access: 1.12. 2024).
198. Jakobson R. (1971). Two Aspects of Language and Two Types of Aphasic Disturbances. In Volume II Word and Language. De Gruyter Mouton. 1971. P. 239-259.
199. James W. The Principles of Psychology. New York : Henry Holt and Company the Principles of Psychology. 1952. 897 p.
200. Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore: *Johns Hopkins University Press*. 1997. 594 p.

201. Johnston M. H., Holzman P. S., Solovay M. R., Shenton M. E., Gasperetti C., Coleman M., Kestnbaum E., Carpenter, J. T. Scoring manual for the Thought Disorder Index. *Schizophrenia Bulletin*. 1986. № 12(3). P. 483–496.
202. Jung C. Studies in word-associatio. New York, Moffat, Yard & company. 1919. URL: <https://archive.org/details/studiesinwordass00jung/page/n5/mode/2up> (date of 17.10.2024)
203. Juhasz B. J., Chambers D., Shesler L. W. et al. Evaluating lexical characteristics of verbal fluency output in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2012. Vol. 200. P. 177–183.
204. Kambanaros M., Grohmann K. K. Grammatical Class Effects Across Impaired Child and Adult Populations. *Frontiers Psychol*. 2015. Vol. 6. P. 1–17.
205. Kay S. Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2): P. 261-276.
206. Keefe R. S., Goldberg T. E., Harvey P. D., Gold, J. M., Poe M. P., Coughenour L. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia research*. 2004. № 68(2-3). P. 283–297.
207. Kempler D., Goral M. Language and Dementia: Neuropsychological Aspects. *Annu Rev Appl Linguist*. 2008. №1(28). C. 73–90.
208. Kent, G.H., Rosanoff, A.J. A study of association in insanity. *American Journal of Insanity*. 1910. P. 317–390.
209. Ketteler D., Theodoridou A., Ketteler S. et al. High Order Linguistic Features Such as Ambiguity Processing as Relevant Diagnostic Markers for Schizophrenia. *Schizophr. Res. Treatment*. 2012. Vol. 2012. P. 1–7.
210. Kholod, A. The Problems of Psycholinguistic Research Methodology and Quantum Approach. *PSYCHOLINGUISTICS*, 25(2), P. 338-370. URL: https://www.researchgate.net/publication/332642884_The_Problems_of_Psycholinguistic_Research_Methodology_and_Quantum_Approach (date of access: 13.20.2024)
211. Kircher T., Oh T. M., Brammer M. J. et al. Neural correlates of syntax

production in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 186. P. 209–214.

212. Kircher T., Bröhl H., Meier F., Engelen J. Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *Lancet Psychiatry*. 2018. № 5(6). P. 515–526.

213. Kircher T., Krug A., Stratmann M., Ghazi S., Schales C., Frauenheim M., et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophr Res*. 2014. № 160 (1-3). P. 216–221.

214. Kolb B., Wishaw I., Teskey G. C. *An introduction to brain and behavior* (6th ed.). 2019. 688 p. URL: <https://www.scribd.com/document/667247753/Introduction-to-Brain-and-Behavior> (date of access: 1.12. 2024)

215. Korenar M., Pliatsikas C. Second Language Acquisition and Neuroplasticity. 2023. URL: https://www.researchgate.net/publication/376253955_Second_Language_Acquisition_and_Neuroplasticity (date of access: 1.12. 2024)

216. Krishnamurthy K. H. Psycholinguistic study of a schizophrenic's speech. *Language Speech*. 1969. Vol. 12. P. 256–267.

217. Lanczik M., Kei G. Carl Wernicke's localization theory and its significance for the development of scientific psychiatry. *History of Psychiatry*. 1991. № 2 (6, Pt 2). P. 171–180.

218. Langdon D. W. Cognition in multiple sclerosis. *Current opinion in neurology*. 2011. № 24 (3). P. 244–249.

219. Liddle P. F., Ngan E. T. C., Caissie S. L., et al. Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2002. № 181. P. 326–330.

220. Liew S. L., Santarnecchi, E., Buch E. R., & Cohen L. G. Non-invasive brain stimulation in neurorehabilitation: local and distant effects for motor recovery. *Frontiers in human neuroscience*. 2014. № 8. P. 376–378.

221. Lippert J, Guggisberg AG. Diagnostic and Therapeutic Approaches in Neurorehabilitation after Traumatic Brain Injury and Disorders of Consciousness. *Clinical and Translational Neuroscience*. 2023. № 7(3). 21 с.

222. Lokota I. M. Association as a diagnostic criterion for paranoid schizophrenia. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Філологія. Соціальні комунікації. 2021. С. 81-85.

223. Marini A. et al. Clinical Neurolinguistics of Bilingualism. 2012. URL: <http://www.columbia.edu/cu/cns/resources/marini-2012-clinical-neuroling-biling.pdf> (date of access: 1.12.2024)

224. Marini A., Spoletini I., Rubino I. A. et al. The language of schizophrenia: An analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 105. P. 144–155.

225. Marvel C. L., Schwartz B. L., Isaacs K. L. Word production deficits in schizophrenia. *Brain Language*. 2004. Vol. 89. P. 182–191.

226. Meilijson S. R., Kasher A., Elizur A. Language performance in chronic schizophrenia: a pragmatic approach. *Speech, Language Hearing Res.* 2004. Vol. 47. P. 695–713.

227. Meyer S. L., Pratarelli M. E. Language Planning Processing in Schizophrenia Using the Active or Passive Voice. *Nerv. Ment. Dis.* 1997. Vol. 185. P. 53–55.

228. Miller E. K., Cohen J. D. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual review of neuroscience*. 2001. № 24. P. 167–202.

229. Miller G. A. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*. 1956. № 63 (2). P. 81–97.

230. Miller W. K., Phelan J. G. Comparison of Adult Schizophrenics with Matched Normal Native Speakers of English as to «Acceptability» of English Sentences. *Psycholinguistic Res.* 1980. Vol. 9. P. 579–593.

231. Minor K. S., Bonfils K. A., Luther L. et al. Lexical analysis in

schizophrenia: How emotion and social word use informs our understanding of clinical presentation. *Psychiatr. Res.* 2015. Vol. 64. P. 74–78.

232. Mo S., Su Y., Chan R. C. K. et al. Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: The role of theory of mind and IQ. *Psychiatr. Res.* 2008. Vol. 157. P. 21–29.

233. Mohr B. Neuroplasticity and Functional Recovery after Intensive Language Therapy in Chronic Post Stroke Aphasia: Which Factors Are Relevant? *Front Hum Neurosci.* 2017. № 28. P.1–5.

234. Monte-Serrat D., Cattani C. The Natural Language for Artificial Intelligence. Elsevier Academic Press : Amsterdam, The Netherlands, 2021. 235 p.

235. Morice R. D., Ingram J. C. L. Language Complexity and Age of Onset of Schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 1983. Vol. 9. P. 233–242.

236. Morice R. D., McNicol D. Language Changes in Schizophrenia: A Limited Replication. *Schizophr. Bull.* 1986. Vol. 12. P. 239.

237. Moscovici S., Marková I. The Making of Modern Social Psychology. Cambridge: Polity Press, 2006. 296 p.

238. Mossaheb N., Aschauer H. N., Stoettner S. et al. Comprehension of metaphors in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry.* 2014. Vol. 55. P. 928–937.

239. Mundt J. C., Snyder P. J., Cannizzaro M. S., Chappie, K., Geralts, D. S. Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology. *Journal of neurolinguistics.* 2007. № 20(1). P. 50–64.

240. Munsterberg M. His life and work. D. Appleton & Co.: New York. 1922. 480 p.

241. Murphy D., Cutting J. Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *Neurol. Neurosurgery Psychiatry.* 1990. Vol. 53. P. 727–730.

242. Oberholzer M., Müri R. M. Neurorehabilitation of Traumatic Brain Injury (TBI): A Clinical Review. *Medical Sciences*. 2019. № 7(3). 47 c.
243. Oh T. M., McCarthy R. A., McKenna P. J. Is There a Schizophrenia? A Study Applying the Single Case Approach to Formal Thought Disorder in Schizophrenia. *Neurocase*. 2002. Vol. 8. P. 233–244.
244. Opler M. G., Yavorsky C., Daniel D. G. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Training: Challenges, Solutions, and Future Directions. *Innovations in clinical neuroscience*. 2017; 14b (11-12). P. 77-81/
245. Osgood C. E., Sebeok T. A. Psycholinguistics: a survey of theory and research problems. *Journal of abnormal psychology*. 1954. № 49 (4, P. 2). P. 1–203.
246. Osgood Ch. E., Suci G., Tannenbaum P. The measurement of meaning. University of Illinois Press, 1957. 342 p.
247. Östman Jan-Ola, Verschueren Jef. (eds.). Handbook of Pragmatics: 22nd Annual Installment. John Benjamins. The Pragmatics Encyclopedia. *Discourse and Communication*. 2012. № 6 (3). P. 347–349.
248. Paradis M. Bilingualism and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neurolinguistics*. 2008. № 2. P. 199–230.
249. Paul, R. and Elder, L. The Miniature Guide to Critical Thinking Concepts and Tools. *Dillon Beach: Foundation for Critical Thinking Press*. 2010. URL : https://www.criticalthinking.org/files/Concepts_Tools.pdf (date of access 23.09.2024)
250. Piaget J. The Psychology of Intelligence. *Routledge*. 2003. 2016 p. URL <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203164730/psychology-intelligence-malcolm-piercy-berlyne-jean-piaget> (date of access: 10.10.2024)
251. Pollio H. R., The Structural Basis of Word Association Behavior. The Hague – Paris: Mouton, 1966. URL: https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783111352947/html?srsltid=AfmBOoqaOUa-d9s9PdhDf_iEf_NaO3IpAVc7tmmaCLn1bUCH1Fab5tP (date of access: 7.07.2024)

252. Porath M. The Culture of Education by Jerome Bruner. *Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation*. 2000. № 25. P. 236–238.
253. Posner M. I. Attention in cognitive neuroscience: An overview. In M. S. Gazzaniga (Ed.). *The cognitive neurosciences*. 1995. URL: https://www.researchgate.net/publication/232568012_Attention_in_cognitive_neuroscience_An_overview (date of access: 1.10.2024)
254. Posner M. I., Petersen S. E. The attention system of the human brain. *Annual review of neuroscience*. 1990. № 13. P. 25–42.
255. Postman L., Crutchfield, R. S. The interaction of need, set, and stimulus-structure in a cognitive task. *The American Journal of Psychology*, 65. 1952. 196–217.
256. Psycholinguistics. URL: <https://psycholing-journal.com/index.php/journal> (date of access: 5.11.2024)
257. Puschel J., Stassen H. H., Bomben G. et al. Speaking behavior and speech sound characteristics in acute schizophrenia. *Psychiatr. Res*. 1998. Vol. 32. P. 89–97.
258. Rausch M. A., Prescott T. E., DeWolfe A. S. Schizophrenic and Aphasic Language: Discriminable or Not?. *Consul. Clin. Psychol*. 1980. Vol. 48. P. 63–70.
259. Rausch M. A., Prescott T. E., DeWolfe A. S. Schizophrenic and Aphasic Language: Discriminable or Not? *Consul. Clin. Psychol*. 1980. Vol. 48. P. 63–70.
260. Repovš G., Barch D. M. Working memory related brain network connectivity in individuals with schizophrenia and their siblings. *Frontiers in human neuroscience*. 2012. № 6. P. 135–137.
261. Revonsuo A. What is an altered state of consciousness? *Philosophical Psychology*. 2009. Vol. 22. № 2. P. 187–204.
262. Richard J.-F. L'Étude expérimentale de l'Intelligence d'Alfred Binet: Cent ans après [Experimental Study of Intelligence by Alfred Binet: 100 years later]. *Psychologie Française*. 2000. № 45(1). P. 25–33.
263. Rochester S. R. Are language disorders in acute schizophrenia actually information processing problems? *Psychiatr. Res*. 1978. Vol. 14. P. 275–283.

264. Rommetveit R. Words, Meanings, and Messages; Theory and Experiments in Psycholinguistics. New York : Academic Press Print, 2014. 336 p.
265. Rutter D. R. Language in schizophrenia. The structure of monologues and conversations. *Br. J. Psychiatry*. 1985. Vol. 146. P. 399–404.
266. Saavedra J. Quantitative Criteria of Narrative Coherence and Complexity in Persons With Paranoid Schizophrenia. *Nerv. Ment. Dis.* 2010. Vol. 198. P. 349–355.
267. Sacks O. The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales. New York : Summit Books, 1988. 243 c.
268. Salavera C., Puyuelo M., Antoñanzas J. L. et al. Semantics, pragmatics, and formal thought disorders in people with schizophrenia. *Neuropsychiatr. Dis. Treatment*. 2013. Vol. 9. P. 177–183.
269. Salzinger K., Portnoy S., Feldman R. S. Verbal behavior of schizophrenic and normal subjects. *Ann. NY Academy Sci.* 1964. Vol. 105. P. 845–860.
270. Semkovska M. Agrammatism in a case of formal thought disorder: Beyond intellectual decline and working memory deficit. *Neurocase*. 2010. Vol. 16. P. 37–49
271. Slama-Cazacu T. Psiholingvistica O știință a comunicării. București: All Educational, 1999. 825 p.
272. Smith E. E. Associative and editing processes in schizophrenic communication. *Abnorm. Psychol.* 1970. Vol. 75. P. 182–186.
273. Sperling G. The information available in brief visual presentations. *Psychological Monographs: General and Applied*, 1960. № 74. P. 1–29.
274. Spoerri T. H. Speaking Voice of the Schizophrenic Patient. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1966. Vol. 14. P. 581–585.
275. Sprague R. K. Aristotle «De Anima». *Phoenix*. 1967. № 21(2). P. 102–107.
276. Squire L. R. Memory and the hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*. 1992. № 99 (2). P. 195–231.
277. Squire L. R. The legacy of patient H. M. for neuroscience. *Neuron*. 2009. № 61(1). P. 6–9.

278. Stassen H. H., Albers M., Puschel J. et al. Speaking behavior and voice sound characteristics associated with negative schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 1995. Vol. 29. P. 277–296.
279. Stephane M., Pellizzer G., Fletcher C. R. et al. Empirical evaluation of language disorder in schizophrenia. *Psychiatr. Neurosci.* 2007. Vol. 32. P. 250–258.
280. Strous R. D., Koppel M., Fine J. et al. Automated Characterization and Identification of Schizophrenia in Writing. *Nerv. Ment. Dis.* 2009. Vol. 197. P. 585–588.
281. Sumner P. J., Bell I. H., Rossell S. L. A systematic review of task-based functional neuroimaging studies investigating language, semantic and executive processes in thought disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018. № 94. P. 59–75.
282. Taguchi T., Tachikawa H., Nemoto K., Suzuki M., Nagano T., Tachibana R., Nishimura M., Arai T. Major depressive disorder discrimination using vocal acoustic features. *Journal of affective disorders.* 2018. № 225. P. 214–220.
283. Tan E. J., Neill E., Kleiner J. L., Rossell S. L. (2023). Depressive symptoms are specifically related to speech pauses in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry research.* 2023. № 321. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36716551/> (date of access: 1.12.2024)
284. Tanenhaus M. K., Spivey-Knowlton M. J., Eberhard K. M., Sedivy J. C. Integration of visual and linguistic information in spoken language comprehension. 1995. Jun 16. № 268(5217). P. 1632–1634.
285. Tang-Wai D. F., Graham N. L. Assessment of Language Function in Dementia. *Geriatr Aging.* 2008. № 11(2). C. 103–110.
286. Tavano A., Sponda S., Fabbro F. et al. Specific linguistic and pragmatic deficits in Italian patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 102. P. 53–62.
287. Thomas P., King K. M., Fraser W. I. et al. Linguistic Performance in Schizophrenia: a Comparison of Acute and Chronic Patients. *Br. J. Psychiatr.* 1990. Vol. 156. P. 204–210.

288. Thomas P., King K. M., Fraser W. I. Positive and negative symptoms of schizophrenia and linguistic performance. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987. Vol. 76. P. 144–151.

289. Thumb A., Marbe K. Experimentelle Untersuchungen über die psychologischen Grundlagen der sprachlichen Analogiebildung. Leipzig. 1901. URL : https://www.deepdyve.com/lp/unpaywall/thumb-a-und-marbe-k-experimentelle-untersuchungen-ber-die-YY1trk7qFg?key=degruyter?utm_source=freeShare&utm_medium=link&utm_campaign=freeShare (date of access: 18.09.2024)

290. Trautscholdt M. Experimentelle Untersuchungen über die Assoziation der Vorstellungen. *Philos. Stud.* 1. 1883. 213 p.

291. Tulving E. Are there 256 different kinds of memory? In J.S. Nairne (Ed.). *The foundations of remembering: Essays in honor of Henry L. Roediger*, III. 2007. P. 39–52.

292. Tulving E., Donaldson E. Episodic and Semantic Memory / Organization of Memory. Cambridge MA: Academic Press. 1972. P. 381–403.

293. Vygotsky L. S. Mind in Society: the Development of Higher Psychological Processes. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978. 159 c.

294. Walenski M., Weickert T. W., Maloof C. J. et al. Grammatical processing in schizophrenia: Evidence from morphology. *Neuropsychologia.* 2010. Vol. 48. P. 262–269.

295. Watson A. R., Defterali C., Bak T.H. et al. Use of second-person pronouns and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry.* 2012. Vol. 200(3). P. 342–343.

296. Watson J. B. 1913. Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review.* 1913. № 20 (2). P. 158–177.

297. Wensing T., Cieslik E. C., Müller V. I., Hoffstaedter F., Eickhoff S. B. , Nickl-Jockschat T. Neural correlates of formal thought disorder: An activation likelihood estimation metaanalysis. *Hum Brain Mapp.* 2017. № 38 (10). P. 4946–4965.

298. WHO: Scaling-up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine> (date of access: 1.12.2024)

299. Williams R. M., Hemsley D. R., Denning-Duke C. Language Behaviour in Acute and Chronic Schizophrenia. *Br. J. Soc.Clin. Psychology*. 1976. Vol. 15. P. 73–83.

Довідкова література

300. Бук С. 3000 найчастотніших слів розмовно-побутового стилю сучасної української мови / Наук. ред. Ф. С. Бацевич. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 180 с.

301. Бутенко Н. П. Словник асоціативних норм української мови. Львів : Вища школа, 1979. 120 с.

302. Великий тлумачний словник сучасної української мови : 250000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. VIII. 1728 с.

303. Енциклопедія сучасної України. URL: <https://esu.com.ua/article-72974> (дата звернення: 5.11.2024)

304. Загнітко А. Сучасний лінгвістичний словник. Вінниця : ТВОРИ, 2020, 920 с.

305. Загнітко А. П. Словник сучасної лінгвістики: поняття і терміни : у 4 т. Донецьк : ДонНУ, 2012. Т. 1. 420 с.

306. Загнітко А. П. Словник сучасної лінгвістики: поняття і терміни: у 4 т. Донецьк : ДонНУ, 2012. Т. 2. 350 с.

307. Загнітко А. П. Словник сучасної лінгвістики: поняття і терміни: у 4 т. Донецьк : ДонНУ, 2012. Т. 3. 426 с.

308. Загнітко А. П. Словник сучасної лінгвістики: поняття і терміни: у 4 т. Донецьк : ДонНУ, 2012. Т. 4. 388 с.

309. Карпенко О. Асоціативний словник — шлях до сутності власної назви. *Logos onomastike*. 2006. № 1. С. 8–21

310. Ковалевська Т., Сологуб Г., Ставченко О. Асоціативний словник української рекламної лексики. Одеса : Астропринт, 2001. 116 с.
311. Кутуза Н., Ковалевська Т. Короткий асоціативний словник рекламної лексики. Одеса : Астропринт, 2011. 80 с.
312. Мартінек С. В. Український асоціативний словник : у 2 т. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2007. Т. 1 : Від стимулу до реакції. 2007. 344 с
313. Мартінек С. В. Український асоціативний словник : у 2 т. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2007. Т. 2 : Від стимулу до реакції., 2007. 468 с.
314. Психологічний словник / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергеєнкова; за ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 336 с.
315. Тлумачий словник психіатричних термінів. URL: https://pidru4niki.com/76753/meditsina/tlumachniy_slovnik_psihiatrichniy_terminiv#google_vignette (дата звернення 1.12.2024)
316. Тлумачний словник української мови. URL: <https://tsum.wdbk.org/%D0%B3/%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F> (дата звернення 12.10.2024)
317. Рібцун Ю. В. Понятійно-термінологічний словник. Логопедія. Логопсихологія : довідкове видання. Київ : ІСПП, 2022. 48 с.
318. Шагар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.
319. A Dictionary of Psychology (3 ed.). URL : <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199534067.001.0001/acref-9780199534067-e-2854> (date of access: 1.10.2024)
320. Denysewicz O. Ukraińsko-polski słownik skojarzeniowy: świat po 24. 02. 2022. URL: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/o.denysevych%40gmail.com/FMfcgZQVwx>

<FHnqTnXZPpWJtBdJPdpDGf?projector=1&messagePartId=0.1> (дата звернення
5.10.2024)

ДОДАТКИ

Додаток А

Пацієнтка К., 29 років. Діагноз – проста форма шизофренії

І: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: Так, як привезли. . Потім привезли сюди. Уже полікували, вже все добре, уже все усвідомлюю, все згадую. Але частково не пам'ятаю, вже розповідають.

І: А чого ти сюди потрапила? Вдома пожежа була?

П: Підпалила, так. Будинок підпалила. Мені здавалось, що там хтось ходить, що мене хочуть вбити. Повіситись мене тягнуло, повіситись хотіла. Потім вже привезли сюди, потім вже на ВТЕК. Ну мама в мене хворіла і спадково мені передалось, я так зрозуміла. Зараз все вже нормально, уже пройшло, вже вилікували.

І: Ви десь навчались?

П: Так, Керченський університет, бухгалтерський облік. Але не закінчила – завагітніла, вийшла заміж. У мене три, троє дітей, три операції теж важкі такі достатньо.

І: Ви пам'ятаєте своє дитинство?

П: Так. Юність, дитинство добре пам'ятаю. Така весела, радісна, пустотлива була, запальна. Усюди, в принципі, лідером була, навіть серед хлопців. А так нічого такого не було. У школу любила ходити. Виступала.

І: Ким Ви виступали? Що робили?

П: Ну там, припустимо, конкурси якісь були, потім там міс, ну там усілякі. Школярка ще. На сцені вступала, танцювала, вірші розповідала, пісні співали, ну уже на великій сцені. Ну як там якась програма йде, свято. Діти виступали і я виступала. А принципі, нічого такого не було. Потім уже з часом щось відбулось. Не знаю що. Так якось воно...

І: Ви пам'ятаєте свою маму?

П: Так, маму пам'ятаю, що вона в мене помирала на руках. Я була в школі. Прийшла зі школи, ну і застала, кола помирала. Теж хворіла сильно. Голова в неї сильно боліла. Потім рак виник, рак крові. І так я прийшла і застала, як раз вона помирала на моїх руках, скажем так. Теж важко переживала це все. Теж хотіла повіситись тоді. Як вона померла, це десь... Уже теж мотузку приготувала – уже все вже.

І: Навіщо?

П: Ну стрес у мене такий був, що так я не могла усвідомити, як це її немає і не буде вже. Мені 10 років було. Бабуся зняла мене, набила мене. Але це ще гірше стало. Я тільки навпаки на них розізлилась.

І: Ви любили свою бабусю?

П: Ні.

І: Чому?

П: Сувора була дуже. Вона не розуміла мене, не підтримувала, рідко приїжджала. Після смерті ми самі жили, троє: брат страшний, сестра. Бабуся в мене така була, як по старечому ще. Оці принципи, поняття там. Могла о 6 ранку підняти поливати помідори.

І: У вас приватний будинок був?

П: Так. Оце якщо там не полили ввечері, сапати о 5. Ну така була, як якийсь лейтенант, я не знаю, генерал. Сувора була. А так, в принципі, нічого такого.

І: Який у Вас самий незабутній момент?

П: Народження дітей. Всі радісні, таке щастя переповнене, радості багато. Тут ще операцію роблять, а ти плачеш, лежиш. Ну, незабутнє таке. Хоч і операція, важко було, все боліло. Стільки щастя, вже не могла дочекатись, коли там принесуть дитину вже, щоб вже побачились, щоб не підмінили там (*сміється*). Ну таке от – нормально було. Це самі такі моменти. І зараз от діти для мене це... Вони в мене такі добрі, ласкаві... Мама, мамочка, завжди...

І: Ви пам'ятаєте як їх звати?

П: Авжеж! Ема... Даня, Ема і Соня. Я все пам'ятаю вже, вже усвідомлюю. Просто момент такий був що... Зараз уже все нормально. Немає вже такого, щоб не пам'ятала щось, а так все, в принципі. Сильний стрес був чи що, я не знаю. Просто так різко... Зараз вже все пройшло. Частково пам'ятаю, частково не пам'ятаю. Просто ці моменти. Зараз все пам'ятаю, все усвідомлюю. Немає нічого такого, щоб я не пам'ятаю. Саме той період, коли там...

Додаток Б**Пацієнт І., 47 років. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: Розкажіть, будь ласка, про рацію: де ваш брат її взяв і з якою метою?

П: О, мобільник! (*вказуючи на диктофон*). Це рація! Він мене взяв, скрутив і кинув в уазик. Я в нього питаю, з якою метою він мене кинув, а того, що я хотів піти до сільради, сказати: «Що ти з моїм домом зробив?». Розібрав його, перекрив хату і розвалюху зробив, розвалюху і все... Я тільки хотів до сільради йти, а він тільки раааз і швидко викликає...

І: Ну, добре, а рація є?

П: Я вам розкажу... Яка рація? Дайте мені рацію! Дослухайте, що він зробив зі мною. Я хотів до сільради йти, спитати: на кого книговадом. На маму? На мене? На якій підставі він розібрав дім, якщо я там прописаний?

І: Він дім повністю розібрав?

П: Так. Тільки дах лишився. Двері, вікна, стіни – все повикидав. Тільки дах лишився.

І: А на чому ж дах тримався?

П: Так там півбудинку шифером було. Він шифер розібрав, а черепиця стара залишилася. Її торкнешся – вона розвалюється... Я в його будинку живу, за мамою дивлюся, за мамою сечу виношу, бо вона не може: інвалідка, 32 роки. Я виношу і дивлюсь за нею, я за мамою дивлюся, а він там дивиться телевізор, а я цього не розумів... Я кажу: «Толік! Йди там поїш, йди там з мамою, мама кличе.» Він перевдягає усілякі сорочки, все перевдягає... Навіщо він це робить?!... Я ж не перевдягаю, як одягну, так і ходжу... Він боїться, розумієте? Він щось помітив... Я тільки зайшов, а він раааз – і по телевізору камери дивиться, як ув'язнені сидять. Я йому кажу: «А ти мене там часом не бачиш?»...

І: Ви кажете, що він мамі щось в ногу вшив...

П: Що вшив, то нехай лікарі перевіряють. Я за мамою дивлюся! Все!

Я за мамою дивлюся! Він до мене руки піднімає. Все! Це «спасибі» лікарям, що вони зберегли мене тут. Все! Мені було 5 класів, я приходжу зі школи. Він лежить. Стіл такий емальований. Скільки він там коштував, не знаю...35 гривень? Лежить радіостанція чорна. Я зайшов, а він раааз - і під подушку сховав! Де він ховає? Шукайте! Ви, МВС, шукайте! Я сам полковник міліції...

І: От ви кажете, що ви полковник. А в якому відділенні Ви працювали?

П: Я вчився на Філатова, 70, в Одесі. Мене Пасічник, який майстер бойового самбо, він вчив мене, який Духом Святим був, який давав дощі та сніги Україні... Я овець люблю, а хто не любить овець, той спасайтесь, куди хоче... алкоголіки, тому що я – охорона та захист України. Хто того кліща вибере з вівці...От так, вкололи смертельний укол. Я приведу ту людину, я не можу витримати: я вже втрачав свідомість. Я нічого не поїв з дому... За що мене колоти, якщо я здоровий чоловік, даю вам поля, зерно, дощі йдуть? За що? Мене лікарі, санчастина, які є від Бога... Я їду до міста Златоуста...

Додаток В**Пацієнтка Л., 56 років. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: З якою хворобою ви до нас поступили?

П: А, ні з якою... Що ж хорошого? Мене знову сюди здали... Навіщо мене здали?!

І: А чому вас «здали»?

П: Не знаю...

І: Що з вами відбувалося?

П: Нічого. Я хотіла співати... Побили...

І: А за що?

П: За те, що я махаю руками, телевізором працюю.

І: Для чого?

П: Сказали, щоб я бабу обслуговувала, а баба вже два роки як померла.
Замість баби, одні козушки, ці... *(починає співати)*

І: Так ви хворієте, чи не хворієте?

П: Я хворію коханням.

І: До кого?

П: До нього, до Отця Небесного.

І: У вас бувають якісь голоси?

П: Голос Бога, один...

І: А що він говорить?

П: Що говорить, те передаю...

І: А думки у вас хороші?

П: Які можуть бути думки у звільненого духа?!

І: Розкажіть нам про свої переживання, думки... *(у відповідь хвора починає щось наспівувати)*.

П: ...голос питає, навіщо мене сюди привели!

І: Обурюється?

П: Ні, він хоче розібратися.

І: Ви віруюча?

П: А як же!

І: Ходите до церкви?

П: Так, от ходила на 19-те...

І: А що там було? Служба?

П: Дружба (*сміється*). У 66-му році приїхав наш дорогий... з Бенгалії. Він там був монахом. Там всі були: ваша бабуся (*звертається до лікаря, з яким раніше не була знайома і якому 41 рік*), ви. Мені було сім років, а вам – три. Пам'ятаєте? Згадуйте, згадуйте!

(Пацієнтка збуджена, активна, постійно сміється, говорить монотонно).

Пацієнтка У. – 60 років. Діагноз – параноїдна шизофренія

П: Дитинко, у вас телефон є?

І: Є.

П: Щоб подзвонити сину, щоб він номер...

І: Телефон не працює зараз.

П: Не працює. А як вас звати?

І: Ігор.

П: Ігор? Теж Сергійович?

І: Миколайович.

П: Миколайович. А я потрапила у цю лікарню по знайомству, 76... 1976 року 1 травня. У мене почалась менструація. Ось. І руки стали не працювати, і я потрапила. Уже 1 травня буде 40 років як я болію. Вдова, чоловік мене кинув. Чоловік забрав мою маму-тещу і з тещою живе. Ось, вірте, не вірте!

У мене син є, 38 років. Працює, живе в Одесі, працює на ліфтах, ходить у Болград і у Білгород, Ізмаїл, Ладизь, Тарутіно, Арциз, Саратов, на ліфтах працює. У нього жінка і двоє внуків. Онука-дівчинка 22 серпня, буде йому 9 років, піде у 10-ий, у другого класу Сонечка-онучка, 13 вересня буде 3 рочки. І піде вона, у 3 рочки буде, піде у садок. Вона піде на роботу на весні.

Я 2 роки жила сама, після похорону мами пішла прибрала, убрала в хату і пам'ятник їй поставила, і прийшла сюди. Прошу сина, щоб він прийшов, хоча б подзвонив і на будинок пристарілих. Я йому не потрібна, там сім'є чуже, не потрібна, свих, сват, тимпаче я без чоловіка, без квартири їм не потрібна. Батьківський дім є, залишився там. А мій комишевий дім повалювся. На цій пенсії інвалідка не проживеш у цій долі – за медикаментами, за що...

І: А Ви пам'ятаєте своє дитинство?

П: Дитинство? Важке було, вони працювали на птахофермі, все робота і робота, і робота 6 кілометрів від села. І я поїхала у Кишинів учитися на швачку, там її сестра тітка Маша з чоловіком розділила мене, все з чоловіком. І він мені цей... Син у мене 38 років, Опанас Опанасович, я Балабаниха, Альчанова, Ульянова, Найдьонова. 38 років, кінчив школу всю відмінно на «5», відмінник і сільгосп академію закінчив. Зараз працює, на ліфтах ходить, його послали в Одесу, щоб він гарний робочий, знав на ліфті і документи... Не дзвонить, щось не дзвонить, я йому, кажу, Сергійович, все, ну подзвоню, узнаю я передавай привіт, що з мамою все доб... Я переживаю, от зараз його жінка вдома і дикретні – самі важкі час, якщо вона піде на роботу, то *(далі важко ідентифікувати слова)*, а так важко. Вони не дзвонять, нічого. Так і дома – робота, робота, непочатий край. А зараз от ось тут пальчики рухаються, так ручкою нічого не можу працювати... не можу.

*Додаток Д***Пацієнт М., 44 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія**

П: ...мама співала пісню: «Я в весеннем лесу пил берёзовый сок» і 29 копійок мамі поклав, побіг, попісяв. Дайте одну сигарету!

І: Що там мама?

П: Мама? Вишневий, кажу... Мігрень буде, якщо чотири навушника на одну попу та кислим розчином поливати щоки... буде мігрень.

І: Мама приходить постійно?

П: Постійно приходить.

І: А що вона тобі приносить поїсти?

П: Капуста, гірчиця і сало.

І: Ти гірчицю любиш?

П: Люблю.

І: А як ти її їси, ложкою?

П: Та якими?! Ручками, пальцями хоп-хоп...

*Додаток Е***Пацієнт А., 51 рік. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: Ви пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: Ну взагалі мене, я ще у Бухарі в Узбекистані, я там мешкала і я лежала там. Доньку народила і потім просила собі групу зробити, я кажу зроблю собі групу, кажу. У мене донька задихалась – ларингіт і щоб на дитину не оформлювати групу, це для дитини психіка. І я сама потребувала лікування. Дуже велику суму коштує в Узбекистані в Бухарі, а пенсія 1800 була. І теж мені було важко я працювала, я працювала, а потім так дівчата порадили «Зроби групу, чого мучишся, чого ти це?». Дочка, за дочку переживаю. Отак. З мамою жила, там у мене було багато клієнтів, від чоловіка втікла, теж він мене лякав, страшив, що тебе заріжу на шматочки, дитину при тобі заріжу. Я теж була винна, казала, що цей, піду до іншого, ну в мене був хлопець, а він почав залищатися до мене так гарно.

І: Як давно Ви тут перебуваєте?

П: Так, уже мені з мамою один чоловік сказав, мама мамі мама сказав, що мені потрібне довге лікування. Ось знаєте, мені мама каже: «Я за тебе головою так вдарила», теж псіхонув на неї, Я... Купались у басейні дітьми і мама йому: «Скажи татові...» Нехай з мамою, з батьком посварились тоді і вона мене взяла об стіну так і кажу: «Я татові хочу...» Ну хотів сім'ю разом... Як могла казала і вона мене об стіну ось так от вдарила і я нічого не пам'ятаю. Вона сама мама фельдшер у мене, потім не знаю, чи нашатир мені, чи щось інше, чи камфорний, ось так.

А сюди мене брат поклав, у мене брат ходить у море. Ще один братик є, він підприємець, займається будівництвом. Ось.

І: А скільки у Вас дітей?

П: Дев'ять. Мені віруючий сказав... Я дочку народила у 92-у році, а потім мені кесерево зробили з Зухрою, ну все було мокро, треба були ганчірки і це, все було мокро, думали кровотеча або що, було мокро просто так все, і вони мені зав'язали труби і кажуть: «Все, ти тепер народжувати не будеш.» А коли я до чоловіка повер... Ми так з чоловіком так і дружили, так і спілкувались і все. Ну важко жити це. Він платив за квартиру багато. Він каже: «Давай я розлучусь. Будем так само жити. Мені просто менше за дочку, за тебе я не буду платити.» Я пішла до мами, він теж допомагав мені, я крутила банки, ну, закрутки робила – викручувалась, здавала в магазин. Щоб допомогти, він ці закрутки сам купував у мене і люди брали, і він сам купував. Хоч він це і їв, у мене була можливість за квартиру платити. Я йому теж допомагала, йому давали з церкви речі і я ходила гуманітаркою займалась – продавала, міняла на продукти там, у цих рядах займалась цим. І ось дівчатам теж поради даю, ну що я комусь, хтось візьметься за цю ідею, усім же не... Ну хто хтось там. І так ходила по рядам, поміняла на продукти, а пенсію і їм давала, і собі залишала. Ці речі мені маленькі були, вони мені потрібні були – я перешивала: зі спідниць робила штанці дитячі з кишеньками. Все життя шию, шию, шию, теж перевтома. І ось роботу роблю, не один день *(далі важко ідентифікувати слова)*, вже каже важко дихаєш.

І: Ви пам'ятаєте своє дитинство?

П: Так.

І: Який був самий незабутній момент?

Х: Самий незабутній? Коли сиділа на галявині, шила такій ляльці речі. І так сиджу, дівчата не прийшли. Ми потім прийдемо. Ось так сиджу, позаду будинка, в городі, шию. І це... Одна жінка каже: «Чого ти хочеш?..» Як з сусідкою спілкуватися. Вона: «Ось так, ось так.» І навчила мене шити, на пупсиках кроїти, а я їй розкажу, що хочу лікарем працювати. А вона каже, а, ну вона сказала: «Якщо ти не будеш шити, ти не зможеш людське тіло зшити це, ти не зможеш це,

якщо ти *(далі важко ідентифікувати слова)*. Якщо ти не зможеш зшити... – ти не зможеш сконструювати. Ти, ти... Це без цього не зможеш, каже, ось там».

І ще, біля нас там з мамою ось там музей. Його викопують з пісків. І це, сподобались Ви дівчинці *(до цього співрозмовники не були знайомі)*. Гарний хлопчик, симпатичний. Це, і це там такий басейн і якимось вода наповнюється: як вона, звідки, куди відкривається? Якимось підземно вода наповнюється. Там смертей люди поховані були. І вона мене взяла ось так, штовхнула і каже: «Пливи, курчатко, пливи, пливи.» І я, вона каже: «Пливи». І я пішла, і каже в перший момент прямо мене кинула в глибокий цей. Ось це пам'ятаю.

Сергійович молодець *(хвора почула його як хтось звертається до лікаря)* теж, ось буває от зараз, каже «До тебе прийде молодий лікар цей, психолог.» Психіатр Ви, так?

І: Так.

П: А психіка це що таке? Душевний, спокійний стан? Або що це?

І: Так.

П: Мені сказала Маргарита, що шиза відрізняється від нового, а Ігор Сергійович сказав, що шиза – це розщеплення, а при ній мріяв мій син. Я... У мене ось теж мрії там попрацювати, подивитись українське виробництво, хоч я і...

І: А «там» це де?

П: Тут, на Україні. Я теж дивлюсь, по речам дивлюсь – як роблять, що роблять, як роблять, як криють і цей, чого при цей... *(далі важко ідентифікувати слова)* кладуть, приклеюють. І ось так от цікавлюсь. Ну, живу у селі з мама, мамі 77 років.

І: Зараз мешкаєте?

П: Так, у Дивізії, Тарбунарського району, біля курорту «Лебедівка». Ось. Так живу. Там... Мені дають куртки переробити шкіряні, пришиваю все, це, дають замовлення. У них теж все є, а грошей немає. І я стараюсь їм, щоб вони тягнулись

до мене. Теж багато, багатьом цим, конкуренція. І ось так ось каже, що є, ось так, не не цей, вона мені (*далі важко ідентифікувати слова*) молочне дає, свої речі віддаю, речами там, речами розраховуємся.

Брату дурдом, брату закрутки закриваю, у нас там школа, там же усі дерева, все є. А він мені теж допомагає там – він мисливець, то, каже, кабана застрілю на мисливстві.

(Коридором йшла ще одна хвора і запитала, чи Л їй брат)

Брат, брат. Це лікар, лікар молодий. А як Вас звати?

І: Ігор.

П: Ігор? Сергійович?

І: Ні, Миколайович.

П: Миколайович (*посміхається*). А прізвище Ваше яке?

І: Локота.

П: Локота? Ло-ко-та?

І: Так.

П: Ви взагалі працюєте вже, так?

І: Ні, просто прийшов з Вами поговорити.

П: Такі в мене перевтоми, ось знаєте, відчуваю себе зламанною гілкою. Коли я закінчила розподіл, був інститут – я не знала, де я буду працювати, що буду робити, всі влаштовувались на роботу, направлення брали. Мамі казала в останній момент, хотіла поїхати в Мінськ на... спробувати у Мінськ.

Ось так, я не знала, де я буду працювати, мені ніхто не допоміг і зірвала собі нерви, ось так зірвала.

*Додаток Ж***Пацієнтка О., 36 років. Діагноз – шизофренія у стані ремісії**

I: Що вас турбує?

П: У мене було дещо збочене виховання. І я була дуже травмована вихованням у родині, моїми батьками. Наприклад, стукає дятел по дереву. Мама вказує мені на дятла і каже: «Бачиш цього птаха? У нього завжди струс мозку, як у твого батька – професійне захворювання» і все в цьому дусі...

I: Що таке професійне захворювання?

П: От у мене, наприклад, у перекладача, професійне захворювання – це вегето-судинна дистонія. Інтелектуальне перевантаження і там щось з судинами... Якщо екологія погана.

I: Тобто це пов'язано з екологією?

П: Так. Тільки якщо екологія чиста, світла, прозора, то все нормально... Моя мама дуже змінилася. Коли мені було 15 років, ми летіли з нею літаком до Красноярську і таке враження, що я долетіла, а вона – ні. Настільки у неї змінився характер, світобачення. Я думаю, що це травма від перельоту, психологічна...

I: Що з вами відбувається під час хвороби?

П: Наприклад, до мене в голову було спрямовано стільки голосів...

Коли багато різних думок, то башка може розірватися... Це помисли. От тут я згодна з точкою зору релігії. Помисел – це, коли одна людина посилає іншій свою думку. Вам показати приклад помислу?

I: Тобто ви хочете зараз передати мені свою думку?

П: Я проста людина і мені цього не дано...

I: А якщо проста людина не може, то хто може?

П: Я не така «шишка», щоб мені посилав помисли хтось непростий...

I: А хто тоді посилав вам їх?

П: Звідки я знаю, якщо моя голова була зайнята?! Моя проблема в

тому, що біси тривожать мене ночами...

(Хвора теж дуже активна, сміється без приводу, говорить переважно чітко, охоче відповідає на питання).

Пациент В., 45 років, Діагноз – параноїдна шизофренія

08.04.09 | 1) - 1 Москва - столиця Росії - Маршалу
 Я - майор - Спаратурщик - раскрывался в том,
 что Я - майор Татарбунарского р-на, Одесской области
 - виновен в том, что 08.04.09 года - Я - майор необдуманно
 совершил Задасть над [REDACTED] Ге-
 оргической - над её сыном [REDACTED] в том что
 он - [REDACTED] в том, что он -
 [REDACTED] не в том не ви-
нен - это Я - майор - Спаратурщик - Татарбунарского
 р-на, Одесской области - виновен во всём, где
 он - [REDACTED] не сам по себе подрезал со-
 жителям - [REDACTED] → Она
 так же была пьяна и не помнила ничего. Прошу
 Я - майор - Спаратурщик - это бы вы тов. Судья - разоб-
 рались с этим, ведь и Я - майор - через [REDACTED]
 [REDACTED] под - Спаратурой подрезал - зделал - Нотиса ве-
ражения - подрезания - на организме [REDACTED]
 [REDACTED] в орган - груди - лёгкого. Допросить нас
 - майоров Татарбунарского и Арцизского р-на - Ма-
 йоров - милиции - Я - майор - Татарбунарского р-на

2) - Милиции сегодня пишу повторно почему -
 не знаю пол - 9^{го} утра 22.04.09. после ночной смены, а
 сделал Задача Майор Спаратурицик → 08.04.09
 спросить почему - весь не виновен ни в
том, а сидит зря в тюрьму - не имеет Право - рас
скрылся Майор - Аруизской Милиции, и все р-она
Милиции за свободу не виноват -
Просим - оправдать - 22.04.09 года
Мы - Майоры всех пять Милиций - находясь
в Одесской - Центральной - расположенной по учин
це - и все вместе решили
отсидеть - в том, что он -
не виновен в подрезании сожигательнице -
С 08.04.09г. - а виновные отдельные Майоры -
Милиции - Татарбунарского р-на и Аруизского
р-она Майор - Спаратурицик не знает за тем и по
чему: Это он - Майор - Аруизского р-она сделал уч
рав дл - Спаратурицик, где не в том не виновен -
нанёс раневое - ножовое ранение - со
жигательнице - Это - происшествие

Знать всё всё пятью-миллионами, мы майоры
в этом подверждаем. И Вы - Судья - не берите
 на себя, за это надо отвечать порою - жизнью. Мы
 Майоры в курсе этого и желаем Вам - жить
 от: [REDACTED] - она спосо-
 бна отдать - отдачу - сполна. Ещё раз желаем Вам
 Судья жизни и здоровья. Мы Майоры - всех пяти
 милиций спросим всех Судей за раскрытие Ма-
 йоров - Татарбунарского р-она, Одесской области.
 Майоры - Несут наказание? или нет? Если не
 Несут, то отдача от: [REDACTED] умишей. Где мы
 были в Терестройки и все кто как мог - отдавал
 - отдачу, но умишей - [REDACTED] - ещё не бы-
 ло. Я - Майор - милиции - Одесской - Централь-
 ной - расположенной по улице [REDACTED]. Я в
 этом убеждён и Вам - Судья отношусь человек-
 но поверьте мне - Майору - пока на слове, а в своё
 время на деле. Это жизнь, а не игра - Вам - Судья
 жизнь - жить и работать а не умирать. Майор -
 милиции - Одессе. Мы Майоры других Ми-

*Додаток Л***Пацієнтка І., 38 років. Діагноз – проста форма шизофренії**

І: Яка у Вас асоціація зі словом «мати»?

П: Мати вищу освіту, мати міцне здоров'я і третє – мати можливість допомагати близьким.

І: Зі словом «говорити»?

П: Говорити?... тільки правду... по суті... говорити... так... speak... я хочу говорити на англійській. Німецька трохи близька, я латинь знаю.

І: Зі словом «любити»?

П: Любити, перш за все, Творця, Присвяту Троїцю... своїх батьків, тому що як сказав Господь: любити... Я не буду зараз подробиці... Аз есмь виноградна лоза, батько мій – виноградар... (далі важко ідентифікувати слова)... 15 глава від Іоанна.

І: Зі словом «чоловік»?

П: Всі чоловіки козли... Тому що мене образили. Ображали мене у Бериславському медичному училищі... Були б Ви старші, я б Вам сказала що таке "чоловік"... А Ви зараз диктофон увімкнули?

І: Ні.

П: *(починає говорити пошепки)* Допоможіть мені, допоможіть мені вибратись звідси. Я нормальна...

І: Добре, але давайте продовжимо, яка у Вас асоціація зі словом «жінка»?

П: Жінка?... *(починає говорити пошепки)* Мені не подобаються жінки, я бісексуалка. До мене пристають у душі, доторкаються до моєї п*ськи *(жіночий статевий орган)*, а ще в мене закоханий наш лікар... Жінка... Значить є перша жінка у Ісуса Христа була Пенелопа... він не мав з нею близькості... ну... було... не тільки якби... можливо платонічна любов, тому що у Господа є теж спокуси... Жінка, перш за все, – це мати.

I: Зі словом «дитина»?

П: Дитина... я б від Вас дитину родила б (*сміється*)... Дитина – це... Дитина – це немовля... Господи, помилуй... спокуси суцільні...

I: Зі словом «небо».

П: Blue sky... Мрія на ге... гелікоптері... не тільки на гелікоптері....

I: Зі словом «море»?

П: Море – чайки, голубе море... ось... з Вами, як з духовним практиком, я б поділилась, що таке море...

I: Зі словом «молитва»?

П: (*хвора починає розповідати молитву на старослов'янській мові та хреститися*).

I: Які у Вас асоціації зі словом «червоний»?

П: Червоний?... Угу... Red... Червоний – це... Я дуже люблю квіти, особливо, знаєте, мені подобається... мммм.... каланхоє, коли квіти червоні і розові такі... Ну от асоціація я у мене – розводити квіти.

I: I зі словом «зелений»?

П: Зелений – хлорофітум... Квіточка, квіти...

*Додаток М***Пацієнтка О., 25 років. Діагноз – проста форма шизофренії**

І: Які у Вас асоціації з словом «мати»?

П: Як?

І: Мати.

П: Мати... Ну мати щось... Ну дивлячись що мати... Багатство мати там, щоб ми могли хоча б з собаками прожити. Ну ось отримується я прожила з собаками 5 років у тунелі, ну якби там бункер такий, ЦБ – це перший чи двадцять другий бункер, я вже не пам'ятаю. Ми там жили. Ну як, вилазила я тільки вночі, щоб на смітнику поїсти дістати собакам і собі і... Ну там бункеристи нас годували, ну якби, там вмикають воду, вона топить усю «Победу» (*це мікрорайон міста*) отримується. Там чавунні радянські труби, два таких залізних, типу, ліжка і ми там жили. Потім нас, отрималось, отримується в нас стріляли і ми пішли, отримується. Ну нас там ночувало 12 дітей і нас троє. Ну діти такі – по 8, по 9 років. Ну я там найстарша була, мені було 15. Найстарша була.

І: Зі словом «говорити»?

П: Говорити? Ну щось говорити. Наприклад, бачиш щось – говориш, або погане бачиш – теж говориш.

І: Зі словом «любити»?

П: Любити. Собак любити...

І: Зі словом «чоловік»?

П: Чоловік?

І: Так.

П: Чоловік. Ну я не по чоловікам. Ну я не по дівчатам і не по чоловікам. Вони не мене не задовольняють.

І: Зі словом «жінка»?

П: Жінка як жінка... Пару копійок там попросити, щоб якась кормушка була.

І: Зі словом «дитина»?

П: У мене ж є діти... Дитина є дитина... Ну порівняно зі мною, мене якби згвалтували у 16 років... Сашку посадили, хлопця мого, а того, що згвалтував теж посадили в тюрму. Якби Сашка зі мною не був, але він вже прийняв цю дитину. Ну якби мене тут не вдома, я взагалі з Полтави і, отримується, в мене тут не дому, нічого. Зараз маю у Полтаву їхати у травні. Ігор Сергійович у відпустку, він після відпустки і він мене відправляє у Полтаву... *(далі важко ідентифікувати слова)*
Ось нещодавно дитині буде 2 роки.

І: А зі словом «небо»?

П: Небо?

І: Небо, так.

П: Немає асоціацій.

І: Зі словом «море»?

П: Море... Ну пірати... Колись гра така була...

І: Зі словом «молитва»?

П: Ну молитва, слово Ісуса, замолюємо свої гріхи, у кого є, у кого немає.

І: Зі словом «червоний»?

П: Червоний? Колір такий – червоний. Троянди є червоні, яблука червоні.

І: І зі словом «зелений»?

П: Зелений? Трава. Ваша курточка майже зелена... Дерева зелені...

Пацієнтка О., 36 років. Діагноз – проста форма шизофренії

I: Яка у Вас асоціація з словом «мати»?

П: Що?

I: Зі словом мати?

П: Можливості... Шлюб (*сміється*)... Будинок, співдружність.

I: Зі словом «говорити»?

П: Любити, вірити, надіятися, мирити.

I: Зі словом «любити»?

П: Все...

I: Зі словом «чоловік»?

П: Він мій чоловік (*сміється*)... Мені буквально прийшло це в голову...

Протилежна стать, якби знову ж таки...

I: Зі словом «жінка»?

П: Немає асоціацій.

I: Зі словом «дитина»?

П: Мій малюк (*сміється*)... Просто діти... Теж у якійсь мірі мої...

I: Зі словом «небо»?

П: Повітря, світіння зірок... Ранок, день, вечір, сонце, якби світіння зірок.

I: Зі словом «море»?

П: Океани, океан, океани, знову океани... Так, мені чогось зараз прийшло таке в голову (*сміється*).

I: Зі словом «молитва»?

П: Ссс...Зібрання себе... Ссс... Ну якби... Ссс... Зібрання в єдине, ну якби... Сам... Зіб... Ссс... Зібрання себе, як ось... і... розмова з Богом, Ісусом Христом, зі святими.

I: Зі словом «червоний»?

П: Століття червоне, чомусь... Ну якби таке от, як раніше були червоні сорочки і таке подібне... Такий барвистий, гарний і червоний в цілому... і святковий.

I: Зі словом «зелений»?

П: Мені зараз взагалі прийшло в голову: зелені смужки і там в зеленому одязі, людина у камуфляжі, але не обов'язково у військовому, просто у смужках, в одязі, без зброї... Партію теж згадала. «Зелене яблуко» було і ще щось... Давно, щось давно таке було.

*Додаток II***Пацієнтка О., 22 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія**

I: Яка у Вас асоціація з словом «мати»?

П: Мати – це отримується любити, цілувати... і обіймати.

I: Зі словом «говорити»?

П: Говорити – це, ось ти говориш, пояснюєш щось і щось... Мені приходять в голову, говорити – це син, батько, батько, брат.

I: Зі словом «любити»?

П: Любити – це ти дивишся і закохуєшся... Ось я, наприклад, люблю свого сина. В мене ж син, в мене є чоловік. Я його, їх сильно люблю.

I: Зі словом «чоловік»?

П: Чоловік – це мужик, який дорослий, гарний, розумний.

I: Зі словом «жінка»?

П: Жінка – та, яка народила. Вона вже жінка, вона вже доросла.

I: Зі словом «дитина»?

П: Дитина – це, яка гарна, треба доглядати, треба прати пелюшки, треба прибирати, треба готувати, годувати.

I: Зі словом «небо»?

П: Небо – це, небо – воно синє, блакитне, дощ... іде. Воно зволожує землю.

I: Зі словом «море»?

П: Море – це... де воно блакитне, там плавають риби, човни, ловлять рибу.

I: За словом «молитва»?

П: Молитва – це молитися, Біблія, книги, книга, будинок молитовний.

I: Зі словом «червоний»?

П: Червоний у мене асоціюється з: штани червоні, крісло червоне, стіна червона і...

I: I зі словом «зелений»?

II: Зелений, зелена трава, зелене дерево, листя зелені і стілець зелений.

*Додаток Р***Пацієнтка І., 60 років. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: Які у Вас асоціації з словом «мати»?

П: Мати... Нічого не приходить в голову. Все є, слава Богу. Дітки, хочу їх знайти, хочу...

І: Зі словом «говорити»?

П: Зараз я якось хворію, в мене жар, я може цей, трошки втомилась, цей, дівчатам усім нігті підстригла, сильно втомилась, вчора, сьогодні, важкі дні були.

І: Добре, а все ж такі, які асоціації у Вас?

П: Говорити?

І: Так.

П: Говорити... Як Некрасов сказав: «Всі ці добрі, потрібні, вічні...» Ось це... Я люблю людей, природу...

І: Зі словом «любити»?

П: Любити... Маму... Маму любити... Землю любити...

І: Зі словом «чоловік»?

П: (*сміється*) Кулаки... Бити по голові... Кулаки... Говорити неприємні речі, я не хочу більше з цим стикатися, теж ось це...

І: Зі словом «жінка»?

П: Зі словом «жінка»... Говорити багато непотрібного... (*сміється*)

І: Зі словом «дитина»?

П: (*посміхається*) Зі словом «дитина»... Помогти, вихователі теж... Ну я зараз, ну я просто зараз, Ви розумієте? Я дуже сильно втомилась, у мене всі руки трясуться, я всім нігті підстригала, такі нігті, нігті жорсткі...

І: Зі словом «небо»?

П: Небо... У мене зараза голова... мені зараз нічого в голову не приходить. Я просто так з Вами розмовляю, спілкуюсь... Небо гарне...

І: Добре, зі словом «море»?

П: Зевс... Я вчора молилась, молилась, говорить, говорила, говорила теж, я беру природу, я ще така мрійлива, у природу вірю.... Ну казки, всю, всю правду... Снігова королева вчора прийшла, вона як побачить ці, ці точки, говорить, що це. Ось це от, ці сніжинки такі гарні...

І: Зі словом «молитва»?

П: Молитва... Віра, надія....

І: Зі словом «червоний»?

П: Червоний... Сонце... Ось таке сонце прийшло від траси і мама говорить: «Йди подивись»... Я так вийшла в город, а там такий шар, прямо з землі стоїть, якось отак цей...

І: Добре, зі словом «зелений»?

П: Зелений... Урюг...

І: Урюг?

П: Жерделя, жерделя... У нас на жерделю кажуть «урюг», от я люблю оце, я його всього поглинаю, весь... Тааак, він зелений, салатовий, красивий, зелений... Жерделя, жерделя... У ній багато аскорбінової кислоти....

*Додаток С***Пацієнтка К., 29 років. Діагноз – шизофренія у стані ремісії**

I: Які у Вас асоціації з словом «мати»?

П: Влада, силу, терпіння, розсудливість, зосередження.

I: Зі словом «говорити»?

П: Правду, щирість... Ех, злі слова.

I: Зі словом «любити»?

П: Любити? Складене це питання... Маму, гідність, честь людини...

Батьків.

I: Зі словом «чоловік»?

П: Чоловік. Терпіння, розуміння, повага, жіноча гідність. Все.

I: Зі словом «жінка»?

П: Жінка. Розум, мудріть, терпіння і розуміння.

I: Зі словом «дитина»?

П: Дитина. Терпіння, мудрість, цілеспрямованість і робота.

I: Зі словом «небо»?

П: Небо. Чистота, свіжість, повітря, божество.

I: Зі словом «море»?

П: Море. Холод, відпочинок, небезпека ну і все.

I: Зі словом «молитва»?

П: Молитва... Складне питання... Молитва... Розуміння цієї молитви, якщо це дійсно молитва... Розуміння слів, сенс... Ну все.

I: Зі словом «червоний»?

П: Червоний. Дивлячись з якої сторони... Кров, якщо по кольору визначати... Агресія, наполегливість, завзятість. Досить яскраві кольори, бувають такі люди, які дуже... наполегливі.

I: I зі словом «зелений»?

II: Зелений. Радість, тепло, процвітання, продовження, продовження... Зір, радість.

Пацієнтка Н., 54 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія

І: Хочу з вами поспілкуватися та задати декілька питань. Чи пам'ятаєте як ви сюди потрапили?

П: Оуууу, ах, це так було давно. Трудно згадати, у якому я стані, мене сюди... Я потрапила, мене волочили за руки і за ноги .

І: Чого?

П: Бо я не хотіла сюди. Бо я ту не маю бути.

І: А ви пам'ятаєте день, коли ви сюди потрапили?

П: Цей рік. У квітні,здається... в кінці квітня було теплою, була костюмі рожевому, люриксовому, і вони, мабуть, мені його порвали, як воли по цементу.

І: Який у вас найнезабутніший момент з дитинства?

П: З дитинства?

І: Так.

П: Ааааа... Все дитинство було незабутнє.

І: А все ж, який був найнезабутніший момент?

П: Як пішла до школи (*сміється*).

І: Чому?

П: Бо не хотіла (*сміється*).

І: Вам у школі взагалі подобалось?

П: Так.

І: А що саме подобалось?

П: Усе, але не була я така товариська, так як зараз.

І: Чому?

П: Бо не ходила не до дитсадку, не... у... не була у... цьому... я вже і забула, у піонерському таборі не була. Була домашня. В селі була. Вдома.
Асоціативний експеримент

І: Які у вас асоціації зі словом “мати”?

П: Гроші (*сміється*). Бо збирала і всі пропали на книжці. А шо, десь завезли в Швейцарію, в Моа... У цей, в Моарі десь, в банк. А казали, що у Швейцарії. Брежнев чи хто завіз (*сміється*).

І: Зі словом “говорити”.

П: Шо говорити? Люблю (*сміється*). Ігоря Сергійовича (*ще більше сміється*). Тільки не кажіть йому, бо це вся дурка знає.

І: Добре (*сміюсь*). Зі словом “чоловік”.

П: Шо придумати? (*сміється*) Не знаю, що придумати.

І: Зі словом “жінка”.

П: Щоб була... щоб була чистоплотна і... приваблива.

І: “Дитина”.

П: Щоб була... що я її люблю. Вона одна в мене. Угу.

І: “Небо”.

П: Щоб було чисте.

І: “Море”.

П: Голубе.

І: “Молитва”.

П: Молитва? Щоб... щоб молитися, щоб каятися.

І: “Червоний”.

П: Яскравий. Чи як.

І: “Зелений”.

П: Привабливий чи який. Трави.

І: Напишіть, будь ласка, розповідь про Ваш найнезабутніший день.

II:

В. І. погнала з мамою до своєї
тітки Ольги маминих сестри
спілкувалася. Мама розмовляла

*Додаток У***Пацієнтка І., 47 років. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: Пам'ятаєте день, коли ви сюди потрапили?

П: Пам'ятаю.

І: Яке це було число, день, рік? Яка погода була?

П: Ну у лютому 6-го потрапила. Це я через п'янку потрапила.

І: Чому?

П: Ну... ма... ба... Були у нас похорони і... цей... і я засмутилася... і тому сюди потрапила. Ну лютий, березень, квітень, травень тут була, червень, липень - вдома. У серпні знову сюди поступила.

І: Ви пам'ятаєте своє дитинство?

П: Що, що?

І: Ви пам'ятаєте своє дитинство?

П: Так. Дуже щасливе.

І: Який був найнезабутніший момент, найщасливіший?

П: Зустріч нового року.

І: Чому саме цей момент?

П: Ну не знаю. Тому що вся сім'я поруч, усі разом, усі...

І: Так а чому ви сюди потрапили?

П: Ну я ж кажу - засмутилася, що мама померла, мабуть.

Асоціативний експеримент

І: Які у вас асоціації зі словом “мати”?

П: Зі словом “мати”? Господи, що мати? Мені нічого не потрібно... Не знаю, мені нічого не приходить в голову.

І: Зі словом “говорити”.

П: Говорити? Нічого теж не приходить.

I: “Чоловік”.

П: Чоловік?

I: Так

П: Ну... Ну щось приємне (сміється). Мда, да.

I: Зі словом “жінка”.

П: Ой... Господи... Нічого також не приходить до голови.

I: “Дитина”.

П: Щастя.

I: “Небо”.

П: Ой... Моє найулюбленіше... Обожаю небо, коли я небо, мені... увесь час думки про роботу приходять. Життя повертається прямо.

I: “Море”.

П: Море... Не добре. Море - у ньому багато неприємностей, воно затягує багато. Неприємностей с... смертей. Не добре.

I: “Молитва”.

П: Молитва? Теж мені не можна. Не можна молитися - мені погано стає, у жар кидає.

I: “Червоний”.

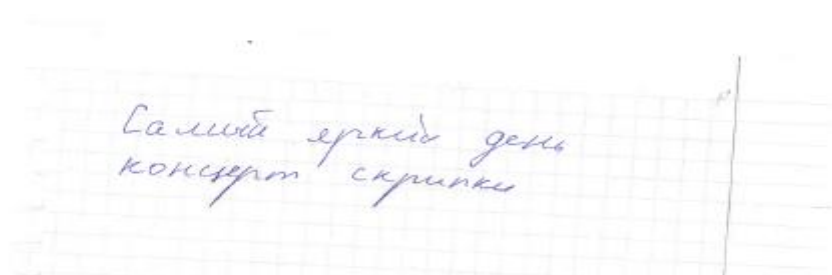
П: Червоний? Нічого такого. Це бики не люблять червоний, а людині все одно.

I: “Зелений”.

П: Все оживає.

I: Напишіть, будь ласка, розповідь про свій найнезабутніший день.

П:



*Додаток Ф***Пацієнтка Т., 64 років. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: Чи пам'ятаєте день, коли ви сюди потрапили?

П: 13 жовтня, ой листопада.

І: А якого року?

П: Тисяча дев'ятсот... Дві тисячі вісімнадцятого року. А я потрапила ще раніше, потім чоловік забрав, а потім знову привіз.

І: А пам'ятаєте який сьогодні день?

П: Сьогодні субота....

І: А яке число і рік?

П: Дві тисячі вісімнадцятий... еее.... листопад.

І: Чи пам'ятаєте Ви щось зі свого дитинства?

П: А я майже усе пам'ятаю.

І: А який був найнезабутніший момент?

П: Коли були всі вдома, всі брати, у мене троє сестер і три брати: один старший помер у дві тисячі шостому році... ой... коли всі були вдома, усе було добре. Тато був. Він помер... у дев'яносто дев'ятому році.

(хвора починає плакати)

І: Чому Ви плачете?

П: Мрію розлучитися з чоловіком.

І: Чому?

П: Тому що він мене б'є.

І: Чому?

П: Тому що у мене голоса бувають. Це пов'язано з ма... братом, з батьком, що померли.

I: А що Ви чуєте?

П: Як вони виховують мене.

I: Що, наприклад, вони Вам кажуть?

П: Щоб я була спокійніша.

I: Чому Ви знову плачете?

П: Шкода батька та брата. Вони померли.

I: Можете процитувати їх? Що вони казали?

П: Та я їх бачу, наче живих.

I: Де?

П: Серед нас.

I: Зараз вони тут знаходяться?

П: Ні.

I: А коли Ви їх бачите?

П: Коли я вдома у себе. У себе вдома коли.

I: Вони приходять та уходять?

П: Так подумки, наче їх немає і наче вони є.

Асоціативний експеримент

I: Які у вас асоціації зі словом “мати”?

П: Мати?

I: Так.

П: Гроші мати.

I: З словом “говорити”.

I: Любити.

П: Дітей.

П: Розмовляти з дітьми по телефону.

I: Зі словом “чоловік”.

П: Чоловік моя... чоловік моєї мрії.

I: Зі словом “жінка”.

П: Жінка? Подруга моя.

I: “Дитина”.

П: Діти мої.

I: “Небо”.

П: Чисте небо над головою.

I: “Море”.

П: Море, пляж.

I: “Молитва”.

П: Молитва? Кожен вечір я молюсь богу.

I: “Червоний”.

П: Червона... Це кров.

I: “Зелений”.

П: Не... цей... трава.

Л: Напишіть, будь ласка, розповідь про свій найнезабутніший момент у житті.

Х:



Пацієнтка А., 43 років. Діагноз – параноїдна шизофренія

І: Чи пам'ятаєте як сюди потрапили?

П: Хто я?

І: Так.

П: Пам'ятаю, на машині привезли.

І: Давно?

П: Ну число не пам'ятаю яке.

І: А скільки років тому? Може місяців, днів..

П: Мені 22 листопада було 43 роки.

І: Ну а як давно Ви тут?

П: Місяць.

І: А пам'ятаєте день, коли Ви сюди потрапили?

П: День? Або вівторок, або четвер, або середа. Один з них.

І: А сьогодні пам'ятаєте який день?

П: Сьогодні субота.

І: А яке число та рік?

П: Двадцять четверте, дві тисячі вісімнадцятий.

Асоціативний експеримент.

І: Які у вас асоціації зі словом “мати”?

П: Хочу будинок мати, життя, щоб у було, щоб гарно жила, ні з ким не сварилась. Нічого. Вони змушують мене працювати, щоб я доглядала дітей. І діти мої вже пройшлись по паперах, а мій чоловік вже давно помер, його немає, у мене мама померла і я живу у своєї дочки, а дочка, біля дочки, вони поїхали до Москви на заробітки, і синок, і цей, як його, зятьок, а вона зараз живе з іншим. І троє дітей

у мене, і я не працюю, і вона не працює. Вона отримує на три чотириста дитячі і купила пластикові вікна поставила, ну на ті є гроші можна жити?

I: Зі словом “Говорити”.

П: Мовчати, просто нікому нічого не говорити.

I: Зі словом “чоловік”.

П: Немає у мене нікого.

I: Зі словом “жінка”.

П: Тобто жінка? Шо сваритися?

I: Ні. Які у Вас асоціації з цим словом?

П: Ну я боюсь людей, щоб так розказувати комусь шось і...

I: Зі словом “дитина”.

П: Ну я люблю дітей. Маленьких і таких. Своїх люблю і цих.

I: “Небо”.

П: Жити хочеться.

I: “Море”.

П: Я не морі ніколи не була. Мені було... хлопець колись у молодості запрошував мене на море і я не захотіла з ним, тому що... ну знаєте як. Шо вам.

I: “Молитва”.

П: Ну я в Бога теж вірю і читаю молитви.

I: “Червоний”.

П: А шо це таке?

I: Колір такий.

П: Колір такий? Кольори ці. Ну це колір, який позорить людей.

I: Позорить?

П: Ну а шо ні?

I: Чому?

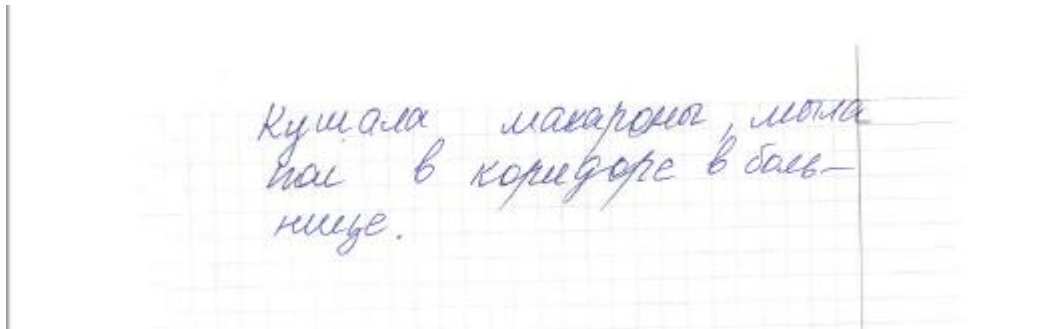
П: А я знаю як сказати, що таке.

I: Асоціації зі словом “зелений”.

П: Я знаю, що сказати вам навіть? Не можу відповісти на це питання.

I: Напишіть, будь ласка, Ваш розпорядок дня. Детально опишіть, що Ви сьогодні робили.

П:



*Додаток Ц***Пацієнтка І., 72 роки. Діагноз – параноїдна шизофренія**

І: Чи пам'ятаєте Ви як сюди потрапили?

П: Авжеж пам'ятаю.

І: Як це було?

П: Ну як це було.... Це рік і... два місяці. Я значить якось, мені якось... мені шось боліло на спині, шось, було холодно весь час і я цей, роз цей, нарив якийсь, і я один раз видавила сама вдома, нікому не сказала, два рази, а там було кх... п'ять шипів ось цих, ну розумієш у середині, і я стала, я не можу сказати ось цій дівчинці, а вони на вулиці сидять з водієм в машині, і підійшла до них, вони мене сто два зціплення, і сіла в машину, я не взяла нічого з собою вдома, думаю, може сядемо, підемо привітаємо у селі там, в оточенні, у неї там був день народження, якось, знаєш, вони мене привезли сюди, я зайшла сюди, значить, а мене питають "де ти потрапила?", я кажу "В оцій лікарні психіатричній"... Усе... І, значить, Надія Костянтинівна, я не пам'ятаю, хто вона, медик вона, медична сестра, і значить, питає, вона мовчить, я кажу "Світлана, ти цей"... не, короче, вона, я мовчу, у мене якийсь шок одразу, хочу говорити - не можу говорити, значить, і вона теж не може говорити, дивиться, у середині сльози у неї, потім ця Костянтинівна, медик, медсестра, каже "Ну поцілуй", розпрощались, значить і все, і не могли говорити, і довго вже лежу, рік і два місяці вже, прям не можу, хочеться додому, а там вже, мабуть, там у мене сусіди, які знущалися багато років, їх треба, щоб вона, ви, допомогли мені, я не знаю, кому сказати, щоб їх прибрати з подвір'я, тому що багато років знущались, вона приклінала, я одну руку поламала, другу руку я поламала у дочки на п'ятому поверсі (далі важко ідентифікувати слова) був великий, відкритий, спідкнулася, вона, мама принеси килим, принеси те, я не зі зла, подарувала їй, знаєш, телевізор подарувала, і цей

килим мені потрібно було одразу розстелити, щоб я, знає, а я спідкнулась, і ось так пішла, так сильно зламала.

I: Ви пам'ятаєте який сьогодні день?

П: Сьогодні день субота, двадцять четверте число

Асоціативний експеримент

I: Які у вас асоціації зі словом “мати”?

П: Мати? Ну мати - це мати. Значить маю щось мати, а я нічого не маю. Нічого. Розумієте?

I: Зі словом “говорити”.

П: Говорити - це говорити. З чесними людьми говорити, спілкуватися, можна сказати.

I: Зі словом “чоловік”.

П: Ну як чоловік. Я так думаю, чоловік має задати питання. Перший час, щоб я... ну...перший... ну як сказати... не то, що перший час, він має задати питання, щоб я могла відповісти йому.

I: “Жінка”.

П: Жінка... має спитати в мене, яке вона хоче питання, наприклад, дізнатися щось від мене і я відповім на все.

I: “Дитина”.

П: Дитина? Ну тобто як, дитина маленький, грудний, так да... як... я сказала дочці, я жартома сказала “Я вагітна”, знаєш? Був один гарний хлопчик у мене. Один раз жила, і я думаю, можливо, знаєш, щось у мене місячні, у мене довго були місячні, нещодавно, півтора року, або скільки, закінчились, ну ти в курсі справи. Ні в кого не було, я навіть не могла жити з чоловіками через ці місячні, у місяць два рази по п'ять днів, десять днів, то у мене робота, я дуже працювати, як сказати, перевертаю все, якщо мені щось потрібно, руками роблю все, не знаю, ну у мене квартиру треба перевірити, там у мене нічого такого немає.

I: “Небо”.

П: Небо, от небо мені подобається, небо, я літала, наприклад, п'ять разів літала на літаку і дивилась, і зверху, і знизу, я кажу льотчику, “Ви, Ви мені дозвольте мені подивитися це”, він каже “Дивись”, там масенькі такі внизу кх, чоловічки, що там, він мені сказав, що ось.

І: “Море”.

П: Море. З морем гратися не можна. І жартувати теж, море теж тягне людей, хочу сказати, я можу плавати п'ятсот метрів, тисяча, п'ятсот туди, п'ятсот назад, не боялася нічого, ну один раз так отрималось, я з дітьми поїхала, дали мені путівку, я не швидко кажу?

І: Ні.

П: Дали мені путівку, значить, в Широ, Донецька область, тисяча, півтори кілометри, тисяча п'ятсот значить, поїхали ми туди, і я кажу, ви сидіть на краю втрюх, старшій було, де там, до чотирьох років, а ті по три роки, маленькі ще, чотири з половиною, значить, було старшій, а вони дізналися, що я тону, я тащ (?), я плавала, плавала, а вода мене ось так ось тягнула на низ, а там є таке огороження таке з сіткою залізною, я встигла схопитися, і врятувалася сама, і вийшла, вони прям плакали, думали, що мама тоне, а я встигла, і вийшла до з ними, ось були такі худесенькі, і я, і вони, там погладшала потім на три кілограми, і вони теж погладшали, як приїхали в Суми, нас зустрічали, я, мабуть, як пільговик була, але нічого не брали, там гроші, не знаю, я мабуть,

І: Зі словом “молитва”.

П: Я ці молитви... Я не можу їх і запам'ятати, і не можу говорити, я не з цих, ну як...

І: Зі словом “червоний”?

П: Червоний?

І: Так.

П: Червоний? Ну як червоний, зрозуміти цей червоний... Гарний цей, я так розумію червоний, це гарний колір.

I: I зі словом “зелений”.

II: Зелений - це ну як це... надійний, можна йти, пішоходам зелений колір, можна зупинитися, одразу, ну це я так розумію. Зелений колір.

I: Напишіть, будь ласка, свій розпорядок дня. Якщо можна, опишіть детально.

II:

