

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України  
Східноєвропейський національний університет  
імені Лесі Українки

**Р. П. Федоренко**  
**К. І. Шкарлатюк**

# **ПСИХОЛОГІЧНА ПРАКТИКА У КЛІНІЦІ**

*Навчально-методичний посібник*

Східноєвропейського національного університету  
імені Лесі Українки  
Луцьк – 2013

УДК 159.9.07: 371.214.114

ББК 88.48я81+88в686я81

Ф 33

*Рекомендовано до друку вченою радою Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки  
(протокол № 6 від 27 грудня 2012 року)*

**Рецензенти:**

**А.В.Ягенський**, доктор медичних наук, професор кафедри фізичної реабілітації Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології та тромболізісу;

**Ж. П. Вірна**, доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки;

**М.І. Мушкевич**, кандидат психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри медичної психології та психодіагностики Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки.

У навчально-методичному посібнику розглядаються актуальні питання змісту психологічної практики в клініці та методичні рекомендації до неї, дається характеристика найбільш поширених методів психодіагностики, що можуть використовуватись у практичній діяльності медичних психологів. Посібник знайомить із особливостями організації роботи психолога в клініці, формами та змістом роботи медичного психолога.

Розраховано на студентів факультету психології, клінічних психологів та лікарів, зацікавлених у застосуванні психологічних методів у лікувально-профілактичній діяльності.

УДК 159.9.07: 371.214.114

ББК 88.48я81+88в686я81

© Федоренко Р.П., Шкарлатюк К.І. 2013

© Гончарова В.О. (обкладинка), 2013

ISBN 978-966-2750-15-7

# ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	
<b>РОЗДІЛ 1. Методичні рекомендації до проходження навчальної та виробничих практик у клініці.....</b>	
1.1. Програмні вимоги до проходження практики по кафедрі медичної психології та психодіагностики	
1.2. Методичні рекомендації до виконання практики.....	
<b>РОЗДІЛ 2. Особливості діяльності психолога в клініці</b>	
2.1. Деонтологічні засади діяльності медичного психолога	
2.2. Психологічні особливості лікувально-діагностичного процесу	
2.3. Основні форми роботи психолога в медичних установах	
2.4. Зміст роботи психолога в клініці	
<b>РОЗДІЛ 3. Психологічна діагностика в клініці.....</b>	
3.1. Методи дослідження в клінічній психології	
3.2. Діагностика пізнавальних процесів	
3.3. Діагностика особистості хворого	
<b>Рекомендована література</b>	
<b>Додатки</b>	

## ВСТУП

Невід'ємною складовою частиною загального процесу підготовки спеціаліста є реальне входження студента у світ професії психолога, яке він здійснює через проходження різних видів практик. Зокрема, відповідно до навчального плану підготовки фахівців спеціальності «Психологія» та специфіки науково-практичної діяльності кафедри медичної психології та психодіагностики, студенти факультету психології проходять під керівництвом викладачів названої кафедри: навчальну «Психолог-стажист», виробничі медико-діагностичну та переддипломну практики.

**Метою практики** є оволодіння методами, формами, технологією психодіагностичної роботи в умовах медичного закладу, формування на основі одержаних теоретичних знань, умінь та навичок проведення медико-діагностичного обстеження хворого, близького його оточення та осіб, що перебувають у кризових станах, адекватного та вмілого використання психодіагностичних методик, постановки психологічного діагнозу, оформлення клінічного заключення на хворого, налагодження взаємодії з медперсоналом.

**Завдання практики передбачають:** ознайомлення студентів зі змістом, специфікою та організацією роботи клінічного психолога; проведення студентами комплексного медико-діагностичного обстеження особистості хворих (не менше 3-х осіб) із дотриманням етичних принципів діагностичного обстеження, кваліфікованою обробкою отриманих даних, оформленням протоколів, підготовкою клінічного заключення з постановкою психологічного діагнозу, прогнозу; формування у студентів навичок взаємодії з обстежуваним досліджуваним, умінь професійного застосування діагностичних методів, дотримання процедури клініко-діагностичного обстеження; налагодження співпраці з медперсоналом; проведення пошуково-дослідницької роботи (тематика за узгодженням з науковим керівником та методистом).

Практика проводиться в закладах охорони здоров'я, які здатні забезпечити оптимальні умови для виконання вимог програми. Зміст та вимоги програми практики визначає деканат факультету психології за узгодженням з кафедрою медичної психології та психодіагностики, відповідальною за цей вид практики.

Обов'язковою умовою під час визначення певного медичного закладу базовою установою є наявність у ньому досвідченого клінічного психолога.

Підставою для направлення студентів на практику є договори, укладені між вищим навчальним закладом та базовими установами практики. Термін дії договору погоджується договірними сторонами та затверджується наказом ректора про розподіл студентів на практику.

До керівництва практикою залучаються досвідчені викладачі кафедри медичної психології та психодіагностики.

Перед початком практики проводиться настановча конференція, у якій беруть участь студенти-практиканти та їхні керівники від кафедри медичної психології та психодіагностики і медичних установ. Керівник практики ознайомлює методистів практики, студентів з наказом ректора про порядок проходження практики, програмою, вимогами та обов'язками. Студенти отримують необхідні документи: направлення на практику, щоденник, програму практики, карту діагностичного обстеження клієнта, зразки протоколів, зразок форми звіту. З числа студентів кожної базової установи призначається староста групи.

У першому розділі посібника розглянуто актуальні питання змісту практики у клініці та методичні рекомендації до неї, проблеми психодіагностичної роботи в лікувально-профілактичних закладах, охарактеризовано найбільш поширені методи психодіагностики, що можуть використовуватись у практичній діяльності медичних та реабілітаційних установ.

Другий розділ навчального посібника знайомить із особливостями організації роботи психолога в клініці, формами та змістом роботи медичного психолога. Особливу увагу приділено деонтологічним аспектам

діяльності фахівця, взаємовідносинам у лікувально-діагностичному процесі, взаємодії в системі «психолог – медичний працівник – пацієнт», представлено основні методи роботи психолога в клініці.

Метою третього розділу навчального посібника є забезпечення студентів спеціальності «Психологія» та клінічних психологів необхідним психодіагностичним інструментарієм для вивчення особистості хворого та його близького оточення. Наукове використання психодіагностичних методів є можливим лише за умови наявності психологічних знань, компетентності в галузі теорії та практики психодіагностичного дослідження.

Методики підбрано зі стандартизованих тестів, валідність, надійність і прогностична цінність яких загальновідомі. Кожна методика має вказівки щодо її використання, інструкцію, власне тест (опитувач) чи його опис, алгоритм обробки даних і оцінки результатів.

Використання запропонованого матеріалу сприятиме вдосконаленню підготовки клінічних психологів і організації та проходженню психологічної практики у медичних та реабілітаційних установах.

# **РОЗДІЛ 1. Методичні рекомендації до проходження навчальної та виробничих практик у клініці**

## **1.1. Програмні вимоги до проходження практики по кафедрі медичної психології та психодіагностики**

Відповідно до специфіки науково-практичної діяльності кафедри медичної психології та психодіагностики, студенти факультету проходять практику за такими видами: навчальна практика „Психолог-стажист”, виробнича медико-діагностична та переддипломна.

### ***Навчальна практика „Психолог-стажист”***

*Навчальна практика „Психолог-стажист”* є безвідривною від навчання і направляються на неї студенти I курсу денної форми у II семестрі (протягом двох тижнів) та студенти II курсу заочної форми навчання.

*Метою навчальної практики „Психолог-стажист”* є ознайомлення студентів з основними формами роботи психолога різного професійного профілю та змістом і специфікою психодіагностичної роботи; змістом і специфікою консультативної та профілактичної роботи; поглиблення теоретичних знань, які студенти отримали при навчанні у вузі; залучення студента-практиканта до опрацювання літератури на замовлення психолога базової установи; формування вмінь щодо оформлення звітної документації.

### ***Зміст навчальної практики передбачає:***

1. *підготовчу роботу*, яка включає в себе: участь у настановчій конференції; розподіл студентів на групи, закріплення керівників груп та баз проходження практики; ознайомлення з базовою установою, визначеною для проходження практики;

2. *ознайомлення студентів з основними формами роботи психолога, визначення основних завдань психолога-практика*: ознайомлення з організацією робочого кабінету (місця) та вивчення робочого графіку психолога; ознайомлення з проведенням діагностичної роботи психологом; спостереження за проведенням консультативної та психокорекційної

роботи психолога; ознайомлення з проведенням профілактичної і просвітницької роботи психологом.

### **Рейтингове оцінювання знань за кредитно-модульною системою**

<i>№ з/п</i>	<i>Види робіт</i>	<i>Максимальне оцінювання в балах</i>
<i>1</i>	Складання плану роботи психолога-стажиста	10
<i>2</i>	Участь у психодіагностичній обстеженнях та обробці отриманих результатів	10
<i>3</i>	Оформлення протоколу консультативної роботи	10
<i>4</i>	Аналіз графіку і основних форм роботи психолога	10
<i>5</i>	Участь у психотерапевтичній роботі психолога	10
<i>6</i>	Участь у проведенні групової дискусії	10
<i>7</i>	Допомога у підготовці матеріалів для проведення психологом тематичних бесід, наукових семінарів, лекцій	10
<i>8</i>	Захист матеріалів практики	30
<i>9</i>	Разом	100

### ***Критерії оцінювання роботи студентів-стажистів.***

При оцінці роботи студентів на практиці враховуються:

- самостійність та ініціативність в роботі;
- вміння налагоджувати стосунки з колективом;
- вчасне виконання поставлених завдань;
- якість виконання письмових матеріалів та тематичних завдань;
- вміння представити результати практики під час захисту.

Відповідно до навчального плану, психодіагностичну практику в клініці проходять студенти спеціальності „Психологія” (6.040100) на III курсі денної та V курсі заочної форм навчання відповідно у VI та VIII семестрах. Тривалість практики за планом – 3 тижні.

### ***Виробнича медико-діагностична практика***

*Виробнича медико-діагностична практика* передбачає ознайомлення зі специфікою діагностичної роботи клінічного психолога, самостійне



проведення клінічної діагностики хворого, особливостями роботи з рідними та близьким оточенням хворого і осіб, що перебувають у кризовому стані.

***Базовими установами психодіагностичної практики визначені:\****

1. Волинська обласна психіатрична лікарня № 1.
2. Центр ранньої медичної реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи та психіки при Волинському обласному спеціалізованому Будинку дитини.
3. Відділення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД при міській інфекційній лікарні.
4. Навчально-виховне об'єднання „Дошкільний навчальний заклад компенсуючого типу” № 28 (Інтернат)- спеціалізована загальноосвітня школа І ступеня для дітей з вадами слуху.
5. Волинська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.
6. Волинський обласний наркологічний диспансер.
7. Волинський обласний Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів.
8. Дошкільний навчальний заклад № 57 (для дітей з синдромом Дауна, з ДЦП).
9. КЗ „Луцька міська станція швидкої допомоги”.

ПРИМІТКА \*.*Бази практик можуть бути змінені за виробничою необхідністю.*

Студент, що проходить практику у визначених кафедрою установах, під керівництвом керівників практики від навчального закладу та базової установи, виконує завдання (відповідно до індивідуального плану проходження практики та специфіки базової установи):

- скласти календарний план роботи;
- виконувати разові індивідуальні завдання керівників практики та адміністрації;
- проводити пошуково-дослідницьку роботу при потребі, з узгодженням тематики з науковим керівником та методистом;
- скласти психологічний анамнез хворого;

- визначити ставлення хворого до захворювання;
- провести діагностику особистості хворого;
- провести діагностику емоційно-регулятивної сфери хворого;
- вивчити сімейну ситуацію хворого.
- провести діагностику пізнавальних процесів;
- провести діагностику інтелекту (диференційна діагностика олігофренії);
- провести діагностику стану свідомості (диференційна діагностика ендогенних психозів);
- провести діагностику мотиваційної сфери особистості (диференційна діагностика патопсихологічного розвитку особистості);
- провести діагностику емоційно-регулятивної сфери хворого.

### ***Виробнича переддипломна практика***

*Переддипломна практика студентів спеціальності «Психологія»* проводиться для оцінювання та закріплення знань і практичних навичок, отриманих при вивченні основних практичних і теоретичних дисциплін та їх подальшого поглиблення й удосконалення під час роботи в лікувально-профілактичних закладах, для ознайомлення з умовами роботи медичного психолога, з організацією лікувальної, психодіагностичної, психокорекційної та консультативної роботи, перевірки володіння основами етики і медичної та психологічної деонтології, набуття й закріплення навичок, професійно необхідних медичному психологу.

*Мета та завдання практики:* оцінювання теоретичних знань з патопсихологічної діагностики, основ психологічного консультування та психокорекції, оволодіння консультативними техніками та навичками встановлення й підтримання контакту з пацієнтом, обстеження хворого, виявлення психологічних і медичних проблем.

*Виробнича переддипломна практика передбачає* також організацію та здійснення науково-дослідної роботи; проведення математично-статистичної

обробки отриманих даних, підготовку науково-дослідних матеріалів до друку, участь у конференціях у вигляді доповідей, статей, стендових матеріалів. Як правило, виробнича переддипломна практика завершується дипломним дослідженням. При цьому студенти повинні знати структуру та основи побудови дипломної роботи, науково-методичні підходи до написання науково-дослідних робіт, принципи ведення науково-дослідної документації.

У процесі підготовки до дипломної роботи перевіряється вміння працювати з літературними джерелами, науковими виданнями, психологічним інструментарієм, а також формування навичок проведення клініко-психологічних наукових досліджень, навички роботи з хворими, узагальнення результатів дослідження та їх оформлення в дипломну роботу.

До керівництва переддипломною практикою залучаються кваліфіковані та досвідчені викладачі кафедри. При призначенні керівника-методиста враховуються його наукові інтереси та спеціалізація студента-практиканта.

*Керівництво практикою студентів* безпосередньо на базах практики доручається кваліфікованим досвідченим фахівцям у галузі медичної психології, психіатрії, психотерапії та ін.; обов'язком яких є: ознайомлення студентів з робочими місцями, необхідними документами та докладний інструктаж щодо вимог організації; методичне керівництво й консультації з планування, організації і проведення медико-психологічних заходів; формування у практикантів практичних умінь і навичок медичного психолога, навичок етичної та деонтологічно обґрунтованої поведінки, професійного підходу в організації ефективної медико-психологічної допомоги.

### ***Індивідуальні завдання***

Зміст завдань конкретизується і уточнюється під час проходження практики керівниками від навчального закладу і бази практики. Матеріали, отримані студентами під час виконання індивідуального завдання, можуть в подальшому бути використані при виконанні курсової чи дипломної роботи,

для підготовки доповіді, статті або інших цілей за узгодженням з кафедрою та базовою установою.

Кафедрою медичної психології та психодіагностики розроблено комплекс завдань, які можуть стати формою чи методом роботи студента-практиканта у відповідній установі. Їх можна модифікувати, об'єднати, дати як індивідуальні, групові тощо.

1. Збір статистичних даних провідних захворювань населення.
2. Виявлення віку та частоти звернень клієнтів в психологічну консультацію з приводу проблем здоров'я.
3. Аналіз потреби створення медико-психологічних центрів в місті.
4. Опис психологічних роздумів лікаря «Шлях в професію».
5. Інтерв'ювання сімей щодо вироблення і дотримання принципів оздоровлення її членів. Розробка моделі даного інтерв'ю.
6. Експрес-діагностика уявлень про здорове суспільство.
7. Визначення індексу здоров'я школярів.
8. Діагностика здоров'я як ціннісної орієнтації учнівської та студентської молоді.
9. Проведення бесіди про здоров'я з врахуванням вікових особливостей.
10. Научіння клієнтів релаксаційному тренінгу.
11. Методика оформлення релаксаційного міні-комплексу.
12. Розробка практикуму корекції емоційних реакцій та психічних станів, його апробація.
13. Вивчення задоволеності-незадоволеності життям осіб різних вікових категорій.
14. Оцінка вираженості прагнення до змін в житті і використання для цього різних засобів.
15. Розробка засобів діагностики самооцінки тілесного «Я».
16. Розробка і апробація тренінгу актуалізації внутрішньої позиції «Я – здорова людина».
17. Змалювання портрету соціально успішно людини.
18. Діагностика соціальної адаптованості індивіда.

19. Вивчення місцевого та регіонального досвіду само оздоровлення.
20. Розробка психологічного паспорту здоров'я.
21. Вивчення ставлення медиків до психологічних методів оздоровлення.

### ***Заняття та екскурсії під час практики***

Під час практики із студентами можуть проводитись різноманітні заняття керівниками від кафедри медичної психології та психодіагностики та бази практики. Ці заняття носять пізнавальний, консультативний чи корекційний характер і сприяють поглибленню теоретичного навчання з використанням матеріальних можливостей і готової продукції базової установи. Заняття повинні розкривати студентам перспективи розвитку спеціальності і готувати їх до наступного вивчення у вищому навчальному закладі дисциплін навчального плану

Якщо студенти ініціюють екскурсії під час практики, вони повинні поінформувати про це адміністрацію закладу і отримати дозвіл. Екскурсії можуть займати не більше, ніж 6 годин на тиждень.

### ***Обов'язки студентів-практикантів:***

*Студенти-практиканти зобов'язані:*

- взяти участь у настановчій конференції з практики, пройти інструктаж щодо змісту, завдань практики, оформлення необхідної документації;
- підготувати бланки обов'язкових тестових методик з інструкціями, стимульним матеріалом, протоколами обстежень та ін;
- вчасно прибути на практику;
- виконати всі завдання, передбачені програмою практики та вказівками керівників;
- дотримуватися правил охорони та дисципліни праці, технічної безпеки;
- нести відповідальність за виконання своєї роботи;
- допомагати клінічному психологу при проведенні діагностичних обстежень хворих протягом всього періоду проходження практики.

- дотримуватися режиму роботи медичного закладу.

***Обов'язки методиста практики від кафедри медичної психології та психодіагностики:***

*Методист практики від кафедри медичної психології та психодіагностики зобов'язаний:*

1. Здійснювати керівництво проходженням практики студентів.
2. Допомогати студентам скласти індивідуальний план, затверджує та здійснює контроль за його виконанням.
3. Надавати допомогу студентам в оформленні документації практики.
4. Проводити індивідуальні та групові консультації студентам-практикантам.
5. Контролювати відвідування студентів, організацію та хід виконання програми практики.
6. Оцінювати проведену роботу студентів відповідно до вимог практики.
7. Брати участь в настановчій та підсумковій конференціях з питань проходження практики.
8. Подавати письмовий звіт керівнику практики про її проходження із зауваженнями та пропозиціями щодо її вдосконалення.

***Основними обов'язками керівника практики від кафедри медичної психології та психодіагностики є:***

*Керівник практики від кафедри медичної психології та психодіагностики зобов'язаний:*

1. Забезпечувати організацію та ефективне проходження практики.
2. Забезпечувати студентів-практикантів необхідними умовами проходження практики.
3. Контролювати виконання студентами внутрішнього трудового розпорядку та відвідування ними базової установи.
4. Контролювати роботу групових керівників, методистів.

5. У складі комісії приймати диференційований залік з практики.
6. Проводити підсумкову конференцію. За результатами звітності студентів та методистів складання письмового заключення про проходження практики із зауваженнями та пропозиціями щодо її поліпшення й подання його завідувачу кафедри.

### ***Основні обов'язки керівника від базової установи:***

*Керівник практики від базової установи зобов'язаний:*

1. Ознайомлювати студентів-практикантів із специфікою, особливостями діяльності даної базової установи.
2. Ознайомлювати студентів-практикантів з правилами техніки безпеки та протипожежної безпеки в установі.
3. Залучати студентів до планових діагностичних обстежень та інших заходів.
4. Проводити індивідуальні та групові консультації для студентів.
5. Допомогати студентам в організації та проведенні діагностичних обстежень хворих.
6. Контролювати хід виконання вимог практики.
7. Оцінювати роботу студентів.
8. Готувати характеристику на студента-практиканта.
9. Брати участь у настановчій та підсумковій конференціях з питань практики.

Керівники базових установ несуть відповідальність за організацію і результати практики.

### ***1.2. Методичні рекомендації до виконання практики.***

Після проведення настановчої конференції студенти отримують від керівника практики пакет необхідної документації. У перший день практики разом з методистом вони прибувають на місце проходження практики, де їх зустрічає керівник від базової установи. Студентів знайомлять з медичною

установою, персоналом. Упродовж перших двох днів кожного практиканта закріплюють за певним відділенням. Керівник установи видає наказ про проходження практики студентами.

В наступні 1 – 2 дні студенти складають календарний план роботи та графік відвідування місця проходження практики. У календарному плані повинні бути детально описані види роботи студента. У графіку відвідування зазначається дата та години перебування практиканта на базі практики. Один примірник графіка подається методистові від кафедри ВНУ.

Протягом усієї практики студенти ведуть щоденник, у якому занотують результати спостережень за досліджуваними, свої враження про роботу клінічного психолога, зауваження щодо ходу практики тощо.

Під час психодіагностичного обстеження хворих практикантом заповнюються картки, у яких вказується *суть* звернення, *зміст* та *методики*, що застосовуються у процесі проведення психодіагностичної роботи, психодіагностичне заключення з постановкою психологічного діагнозу, намічених стратегій подальшої психокорекційної роботи з даним клієнтом. Підбір додаткових методик обстеження узгоджується з методистом від кафедри.

### **Форми та методи контролю**

Студенти-практиканти повинні строго дотримуватися режиму діяльності базової медичної установи та виконувати свою роботу згідно з індивідуальним графіком та планом роботи.

Керівники практики контролюють перебування студентів практики (згідно з графіком), дотримання ними плану роботи, наявність необхідної документації, якість виконаної роботи, ставлення до своїх обов'язків та дисциплінованість. Методист від кафедри медичної психології та психодіагностики має право контролювати записи, занесені у щоденник практики.



Робота студентської групи та керівників практики, у свою чергу, контролюється завідувачем кафедри медичної психології та психодіагностики і навчальною частиною університету.

### **Вимоги до звітної документації з практики**

Після проходження *психодіагностичної* практики в базових установах студент готує і здає в комісію з захисту практики папку зі звітними документами відповідно до визначеного деканатом терміну.

### **Загальні вимоги до оформлення звітної документації.**

Документи оформляються акуратно, від руки (за бажанням студента можуть бути надруковані). Мають наскрізну нумерацію сторінок. Папка зі звітними документами повинна мати титульну сторінку, на якій зазначаються прізвище та ім'я студента-практиканта, факультет та група; прізвище керівників від університету та базової установи практики; вид практики; термін проходження; назва базової установи практики ( *додаток № 1, 2*). Кожен окремий документ повинен також починатися з титульної сторінки, на якій зазначаються прізвище та ім'я студента-практиканта, факультет та група, назва документа, час та місце проведення обстеження. Звітна документація обов'язково повинна містити перелік усіх документів практики із зазначеними сторінками.

У звіті про роботу студенти подають інформацію про базову установу, характеризують зміст та особливості психодіагностичної діяльності психолога установи, детально аналізують власну психодіагностичну роботу, висловлюють пропозиції щодо поліпшення організації та проведення практики, вдосконалення теоретичної та практичної підготовки студентів до психологічної діяльності.

У випадку, коли студент проходить практику за угодою з установою, звіт практики може складатися індивідуально з урахуванням угоди на цільову підготовку.

На прикінці практики керівник від базової установи (клінічний психолог) дає відгук про діагностичну підготовку студента-практиканта, його ставлення до обов'язків, дисциплінованість тощо. У відгуку обов'язково повинна бути зазначена рекомендована оцінка за практику. Відгук підписують керівник практики від базової установи та керівник установи, а також завіряють печаткою установи.

### ***Перелік звітної документації:***

1. Звіт про виконану роботу, який включає: інформацію про базову установу; зміст та особливості психодіагностичної діяльності психолога медичної установи; аналіз власної психодіагностичної роботи; пропозиції щодо поліпшення організації та проведення практики, вдосконалення теоретичної та практичної підготовки студентів до психодіагностичної діяльності в клініці.

2. Щоденник психодіагностичної практики студента з відгуком психолога установи, висновками й оцінкою методиста.

3. Копії карток психодіагностичного обстеження хворих (не менше 3-х), у яких вказуються суть звернення, зміст та методики проведеної психодіагностичної роботи, психодіагностичне заключення з постановкою психологічного діагнозу, намічених стратегії можливої подальшої психокорекційної роботи з даним клієнтом (*Додаток № 4, 5*).

4. Інші матеріали, що розкривають зміст роботи студента під час практики (індивідуальні доручення, волонтерську діяльність, екскурсії тощо).

**Методист від кафедри** медичної психології та психодіагностики про свою роботу звітується на засіданні кафедри.

### **Підбиття підсумків практики**

Підсумки психодіагностичної практики підбиваються на підсумковій конференції перед комісією з захисту практики, склад якої визначається завідувачем кафедри та затверджується деканом.

Формою звітності для виробничої практики є диференційований залік. При кінцевій оцінці результатів практики враховується попередня оцінка керівників практики від кафедри та бази практики, результати захисту та відгуки про роботу студента на практиці.

Студенти, які регулярно відвідували бази практики, виконали всі індивідуальні завдання, активно включились у роботу клінічного психолога, якісно оформили звіт, вчасно його подали, а також отримали схвальний відгук про роботу студента з бази практики, отримують позитивну оцінку. Студентам, які не виконали програму практики і отримали незадовільний відгук з бази практики або незадовільну оцінку під час складання заліку, може бути надане право проходження практики повторно за виконання умов, визначених вищим навчальним закладом. Студент, який востаннє отримав негативну оцінку з практики в комісії, відраховується з університету. Оцінка з практики враховується поряд з іншими оцінками, які характеризують успішність студентів. Результати складання заліків з практики заносяться в екзаменаційну відомість і проставляються в заліковій книжці (*Додаток № 3*).

Після завершення підсумкової конференції голова комісії здає заповнену відомість у деканат, а всі матеріали практики – на кафедру медичної психології та психодіагностики для зберігання. Підсумки практики розглядаються на засіданні кафедри, де методисти подають письмовий звіт про результати практики.

#### ***Рейтингове оцінювання знань за кредитно-модульною системою***

<i>№ з/п</i>	<i>Види робіт</i>	<i>Максимальна оцінка керівника від бази практики (40 балів)</i>	<i>Максимальна оцінка керівника від факультету (60 балів)</i>
<i>1</i>	Укладання індивідуального плану проведення досліджень, його погодження з керівником практики і керівником групи	5	5
<i>2</i>	Складання програми психодіагностичного обстеження	5	5
<i>3</i>	Уміння проводити діагностичне обстеження. Уміння правильно побудувати	5	не оцінюється

	клінічну бесіду з клієнтом (пацієнтом) та виявити анамнез		
4	Уміння здійснити обробку отриманих даних й інтерпретувати результати психодіагностичних обстежень	5	5
5	Уміння зробити та представити висновки щодо результатів психодіагностичних обстежень	5	5
6	Уміння контактувати з персоналом закладу та клієнтами (учнями, працівниками). Дотримання норм та правил поведінки	5	не оцінюється
7	Надання рекомендацій за результатами обстеження	5	5
8	Оформлення звіту про проходження практики (повнота, наявність усіх пунктів, якість підсумкового аналізу, своєчасність подання)	5	5
9	Оцінка захисту матеріалів практики і результатів дослідження перед комісією (компетентність, уміння представити й узагальнити результати проведеної роботи, давати аргументовані відповіді на питання)	не оцінюється	30

Враховуючи те, що виробнича переддипломна практика студентів ОКР „Спеціаліст”, спеціалізація „Медична психологія” проводиться в обсязі помічника медичного психолога та практичного психолога з елементами психодіагностики та корекції і має на меті удосконалення рівня освіченості в галузі медичної психології, перевірки готовності до виконання функцій клінічного психолога в лікарняних установах, формування та вдосконалення навичок, необхідних для виконання функцій медичного психолога, важливим аспектом є розуміння роботи з психічно хворими, різними видами психічної патології, алкоголе- та наркозалежними пацієнтами на різних етапах лікування, з дітьми з особливими потребами, членами їх родин; надання психолого-консультативної та психокорекційної допомоги психічно хворим та алкоголе- й наркозалежним пацієнтам, дітям із особливими потребами; оволодіння основами консультативно-діагностичної роботи з пацієнтами різних вікових груп, особами з соматичними і психосоматичними розладами, вагітними жінками, жінками після переривання вагітності, особами з сексуальними проблемами, з косметичними вадами, інвалідами, пацієнтами з тривожно-фобічними, депресивними розладами, агресивно-налаштованими

пацієнтами, хронічно і невиліковно-хворими, з особами із суїцидальними намірами та ін.; закріплення на практиці знань і умінь, отриманих при вивченні основних клінічних і теоретичних дисциплін.

Навчально-методичне керівництво і виконання програми практики забезпечує кафедра медичної психології та психодіагностики.

## **Рейтингове оцінювання знань за кредитно-модульною системою**

<i>№ з/п</i>	<i>Види робіт</i>	<i>Максимальне оцінювання в балах</i>
<i>1</i>	Складання плану роботи практиканта	10
<i>2</i>	Участь у психодіагностичних обстеженнях та обробці отриманих результатів	10
<i>3</i>	Оформлення протоколу консультативної роботи	10
<i>4</i>	Аналіз графіку і основних форм роботи психолога	10
<i>5</i>	Надання психотерапевтичної допомоги клієнтові	10
<i>6</i>	Участь у проведенні групової дискусії	10
<i>7</i>	Підготовка матеріалів для проведення тематичних бесід, наукових семінарів, доповідей чи повідомлень на науково-практичну конференцію	10
<i>8</i>	Захист матеріалів практики	30
<i>9</i>	Разом	100

***Критерії оцінювання роботи студентів-стажистів.*** При оцінці роботи студентів на практиці враховуються:

- самостійність та ініціативність в роботі;
- вміння налагоджувати стосунки з колективом;
- вчасне виконання поставлених завдань;
- якість виконання письмових матеріалів та тематичних завдань;
- вміння представити результати практики під час захисту.

## **РОЗДІЛ 2. Особливості діяльності психолога в клініці**

### **2.1. Деонтологічні засади діяльності медичного психолога**

Психологічна деонтологія є новим предметом у системі підготовки психологічних кадрів. Саме тому особливу увагу слід приділити з'ясуванню значення самого поняття «деонтологія» й актуальності явища, що охоплюється ним: сфера зобов'язувальних норм у етичному вченні та суспільній моралі. Поняття «деонтологія» (від гр. deon, deontos - те, що повинно бути; необхідне; та Logos - учіння) слід розкривати; через систему суміжних понять, таких як етика, мораль, моральність, обов'язок, свобода, вибір, воля тощо. Особливої уваги потребує розкриття деонтологічних питань у медицині, та, зокрема, у медичній психології, а також їх зв'язку з суспільною діяльністю, правом, політикою, економікою тощо. Для цього варто відзначити спільні та вирізнявальні риси цих понять. Зокрема, відмінностям, джерелом яких є специфіка предмета діяльності, а також її вплив на прояви загальних рис вчення про зобов'язувальність.

Розкриття деонтологічної методології повинне здійснюватись шляхом розрізнення, а також з'ясування взаємопов'язаності загальнонаукових, філософських і вузькодисциплінарних (психологічних) методів. Виокремлення згаданих завдань має підлягати принципу системності: впливати з можливостей розгортання поняття психологічної деонтології.

Оскільки ми розглядаємо деонтологічні аспекти роботи фахівця нового типу-лікаря-психолога, який у своїй фаховій діяльності поєднує знання та уміння як лікаря, так і психолога, – слід пам'ятати про практичну сутність медицини - її зв'язок зі здоров'ям людини, долею та життям, тобто основними факторами її життя.

Етика - наука, що визначає моральні цінності особистості, її вчинків та схильностей, тобто допомагає розмежовувати поняття добра і зла, совісті і честі, справедливості та сенсу життя. Етика та моральність визначають систему норм моралі поведінки в суспільстві. Етика медичного працівника та психолога – це частина загальної етики, яка визначає моральні засади

поведінки медичного працівника та психолога у сфері його діяльності. Медична етика включає в себе сукупність норм поведінки та моралі, створює підґрунтя для почуття обов'язку та честі, моральних переваг медичного працівника.

Ще у древньокитайській книзі Хуан Ней-цзиня «Про природу та життя» вперше описані моральні засади медика, основними з яких автор вважає: «Вмій тримати серце в грудях» та «Медицина не може врятувати від смерті, але може продовжити життя та зміцнити своїми порадами». А Гіппократ про основні моральні засади лікаря говорив: «Нехай він буде за вдачею прекрасним та добрим, значним та людинолюбним».

Історичний аспект еволюції деонтологічного дискурсу доцільно розкрити, наголошуючи на певних віхах, що визначили оформлення даної пізнавальної сфери. Запровадження поняття «деонтологія» англійським моралістом І. Бентамом у 1834 році у книзі «Деонтологія, або наука про мораль», де вона визначалася як учіння про особистісно обов'язкове у поведінці людини, не може розглядатися як спосіб датування постановня самої дисципліни. Хоча, наприклад, виникнення етики як такої відповідає запровадженню даного поняття Платоном. Відношення між поняттям «деонтологія» та деонтологічним явищем подібне до відношення між поняттям «мораль» і моральним явищем: поняття запроваджене Цицероном, явище ж – невіддільне від функціонування будь-якої спільноти. Оскільки визначальними етичним доктринами сучасності є християнська та кантіанська етики (П. Рікер), значна увага приділяється деонтологічним питанням у їхніх дискурсах, адже згадані етичні системи присутньо деонтологічні. М.О. Бердяєв стверджував, що будь-яка етична система з необхідності деонтологічна, оскільки центральним поняттям для неї є зобов'язувальність. У радянську медичну науку термін «деонтологія» запровадив хірург М. М. Петров, який намагався визначити світоглядні та методологічні установки, необхідні лікареві як у щоденній лікарській взаємодії з пацієнтом, так і в екстремальних ситуаціях, коли вирішується складне морально-етичне питання життя та смерті пацієнта.



Формування теорії особистості передбачає внутрішню логічну структуру, що включає ідеал особистості, реальні прояви особистості в конкретному суспільстві і систему саморегуляційних та ситуативно-формуєчих (мимовільно-соціальних і цілеспрямовано-психологічних) шляхів втілення належних ідеальних рис. Вчення про ідеальну особистість і способи її проявлення в індивідуально-психологічних якостях перебуває у статусі належностей, реалізація яких є обов'язковою. Тобто будь-яка психологічна теорія, що містить зазначену вище структуру, може бути розглянута як деонтологічна. Певним взірцем деонтологічності психологічної теорії може бути, наприклад, теорія особистості Е. Фромма, що містить антиномічні поняття «бути» і «володіти», за допомогою яких розкриваються способи самовиявлення особистості.

Передусім слід зазначити, що у моралі як цілісному структурному утворенні виділяються такі три основні елементи: моральна свідомість, моральна діяльність і моральні взаємини. Звісно, ця схема має свої обмеження, в чомусь виявляється однобічною. Проте безперечно позитивною її якістю є логічна чіткість і водночас відповідність реальній структурі та ієрархії проблем і категорій сучасної етики. Незважаючи на визначення моралі, її жодним чином не можна уявити без відповідної моральної свідомості. По-перше, жоден людський вчинок, жоден акт комунікації між людьми просто неможливо морально виміряти, якщо не передбачається, що людина здатна усвідомлювати їх внутрішню проблематику, порівнювати їх із власними уявленнями про добро і зло, належне і справедливе, з власним сумлінням. Поза свідомістю, отже, моралі не існує - не тільки в тому розумінні, що без неї було б неможливе саме виконання певних вчинків та дій, а й у тому, що нарівні з останніми, усвідомлення входить до складу самого феномена моралі. По-друге, мораль як така - це в кожному випадку характеристика певних людських вчинків, поведінки, людської активності загалом. Там, де цього немає, - просто немає й потреби говорити про мораль. І по-третє, мораль, безперечно, виникає й існує лише в контексті тих чи інших людських стосунків. Це можуть бути не тільки взаємини між людьми,

а й ставлення людини до природи, культури та її цінностей тощо. У кожному разі, йдеться про взаємини, коли людина саме відноситься, відносить себе до чогось як принаймні рівного собі. Поза відносинами немає моралі. Усі виокремлені три основні компоненти моралі тісно пов'язані між собою, породжують цілу систему прямих і зворотних зв'язків.

Медична деонтологія – сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка «*Salus aegroti suprema lex*» (*Добро хворого - найвищий закон*).

Розкриття питання прояву соціальних норм у професійній етиці психолога (і особливо, *в першу чергу* медичного психолога) повинно виходити з твердження, що психолог як представник певної спільноти, не може бути вільним від знання, усвідомлення та прийняття (принаймні часткового) типу моралі, яка превалює у суспільстві, до якого він належить. Гостро постаючи перед окремими соціумами та перед людством загалом, етична проблема все ж за своєю суттю лишається передусім проблемою конкретної людської особистості, вибір якої становить основу морального самовизначення суспільства. Хоч би як спотворювалась роль моральності в суспільстві, істинна мораль насправді ніколи не стає засобом пригнічення або приниження особистості. Саме мораль формує основи людської гідності, то ж і не може узалежнювати людину, позбавляти її притаманної їй свободи, яка саме на цій моралі й ґрунтується.

Звичайно, крім свободи, мораль знає і необхідність. Ця суперечність, яка зовні може здаватися суперечністю спрямованості діяльності - вибору (у вузькоситуативному значенні), насправді є внутрішньоособистісною суперечністю. Відтак, розв'язання моральних дилем залежить у першу чергу від особистісних якостей людини. Етична проблематика містить у своїй

основі психологічні виміри. Сфера моральності - це не тільки проблеми обов'язку, свободи, відповідальності, це також глибокий і неповторний світ суб'єктивних переживань, ідеалів та прагнень, невичерпної діалектики людської душі. Це одвічні питання добра і зла, сенсу життя і ставлення до смерті, честі та гідності людини, сорому і совісті, любові й співчуття. До цієї сфери належить цілий комплекс проблем людської діяльності й міжособистісних стосунків. Важливим аспектом етичного становлення людини є розвиток моральних якостей особистості - доброти, чесності, справедливості тощо.

Розглядаючи моральні конфлікти і шляхи їх подолання у процесі групової психологічної діяльності, варто мати на увазі, що психолог зобов'язаний у процесі своєї діяльності суворо дотримуватися принципу добровільної участі клієнтів (пацієнтів). Під час роботи з пацієнтами з психічними розладами допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм. Обов'язком медичного психолога є намагання налагодити з пацієнтом співробітництво, обов'язково опосередковуючи інтереси усіх учасників групової роботи. Психологи утримуються від непотрібних втручань в особисте життя учасників групи. Психолог у доступній формі повідомляє обстежуваним про власні висновки. При цьому він зобов'язаний обачливо і обережно висловлюватися щодо виявленої психічної патології пацієнта. Психолог обов'язково попереджає про тих, хто і для чого може використати ці дані; він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені на підставі медико-психологічного висновку. При цьому він уповноважений особисто запобігати некоректному і неетичному використанню результатів досліджень і повинен виконувати цей обов'язок незалежно від посадової субординації.

Розвиток здібностей та їх прояви у професійному становленні медичного психолога вимагають постійного поповнення знань про нові наукові досягнення в галузі його діяльності, для розв'язання тільки тих завдань, які належать до сфери його компетенції. Коли завдання виходить за межі

компетенції психолога, клієнта передають іншому профільному фахівцеві, здатному надати адекватну допомогу.

## **2.2. Психологічні особливості лікувально-діагностичного процесу**

Для успішної професійної діяльності лікар повинен досягнути вершини майстерності спілкування, зробити його автоматичним, перетворити на внутрішню потребу, досконалу техніку фахового спілкування. Кожна соціальна роль завжди залишає певний особистий простір для її виконавця, що є основою для виникнення міжособистісних (психологічних) стосунків, які складаються на емоційному підґрунті (на підставі певних почуттів, що виникають між людьми). У соціальній психології почуття об'єднують у дві великі групи: кон'юнктивні (такі, що зближують, об'єднують людей) та диз'юнктивні (антипатичні почуття, що роз'єднують людей). У професійній діяльності лікаря важливе його вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами, їх родинами та колегами, ґрунтуючись на кон'юнктивних почуттях, і звичайно – реалізувати їх у спілкуванні.

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

- враховувати, що це безпосередня взаємодія, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу бачити, чути, торкатися один одного і обов'язково – здійснювати зворотний зв'язок;

- пам'ятати, що це особистісно-орієнтоване спілкування, тобто, що кожен з його учасників визнає незамінність, унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик;

- використовувати психічні процеси і стани співрозмовника, які забезпечують трансакцію (міжособистісне сприймання, потреби і мотивації, почуття й емоції, самооцінки, психологічні захисти);

- застосовувати комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);

– дотримуватись усталених норм і правил, що уможливають спілкування.

У спілкуванні виокремлюють такі взаємопов'язані складові: комунікативна – полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом; інтерактивна – в організації взаємодії між ними, коли потрібно узгодити певні дії, вплинути на настрій та поведінку пацієнта; перцептивна – включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

Спілкуючись, слід пам'ятати, що до засобів спілкування відносять не лише мовлення (слова, вирази та правила їх поєднання в осмислені вирази), яке у смисловому сенсі повинно сприйматися однаково як лікарем, так і пацієнтом, а й інтонація, емоційна виразність, яка може надавати різного змісту тій самій фразі; міміка, поза, погляд, що здатні посилювати, доповнювати або спростовувати зміст сказаного; жести (які можуть бути загальноприйнятими, що мають закріплене за ними значення, або ж експресивними, що служать для більшої виразності мовлення).

У процедурі спілкування наявні такі етапи:

1. Потреба у спілкуванні (необхідно повідомити щось або отримати інформацію, вплинути на пацієнта тощо), що спонукає лікаря вступати в контакт з пацієнтом.

2. Орієнтування у цілях спілкування, в ситуації спілкування.

3. Орієнтування в особистості пацієнта.

4. Планування змісту свого спілкування (лікар уявляє, що саме скаже пацієнтові).

5. Несвідомо (часом свідомо) лікар обирає конкретні засоби, мовні фрази, якими користуватиметься, вирішує, як говорити, як поводитися.

6. Сприйняття та оцінка реакції, що виникала в пацієнта у відповідь, контроль ефективності спілкування на підставі встановлення зворотного зв'язку.

7. Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.

Поєднання усього переліченого у певну функціональну єдність творить процес успішного спілкування. При цьому потреби особистості пацієнта слід розглядати як його особливий психічний стан (напруження, незадоволення, дискомфорт), який він відчуває і усвідомлює, а також враховувати ймовірну мотиваційну кризу пацієнта – болючу зміну мотивів, до якої він зазвичай погано підготовлений. Важливими для самого лікаря у міжособистісному спілкуванні є потреба у милосерді, поведінці допомоги, співчуття та безкорисливості, що формується в актах поведінки допомоги і підвищує самоповагу і самооцінку лікаря, дає йому змогу пережити почуття причетності до добрих справ, глибокого людського співпереживання, власної шляхетності та піднятися у власних очах.

Якщо котрийсь із ланцюгів процесу спілкування порушено, то лікареві не вдається досягти бажаних результатів спілкування – воно виявляється неефективним.

Щоб переконатися в успішності комунікації, слід отримувати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його, як ставиться до своєї хвороби та запропонованих лікарем методів лікування. Для ефективної комунікації характерні: досягнення взаєморозуміння, краще усвідомлення ситуації та предмету спілкування (досягнення більшої визначеності в розумінні сприяє розв'язанню проблем пацієнтів, забезпечує досягнення мети – одужання пацієнта – з оптимальним витрачанням ресурсів).

*Причинами неефективної комунікації лікаря з пацієнтом найчастіше виступають:*

1. Стереотипи – спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми. Стереотипи наявні як у пацієнтів, так і в лікарів. Найбільш поширеними *стереотипами пацієнтів* є:

– сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити "чудо зцілення";

- сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя;
- сприймання лікаря як об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій;
- сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої на отримання власної вигоди і т. ін.

*Стереотипи лікарів щодо пацієнтів:*

- пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду;
- пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання;
- пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування,
- пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки і т. ін.

Зрозуміло, що кожен із перерахованих (і багато інших) стереотипів не можуть сприяти ефективній комунікації, необхідній для успішного лікування. Тому лікар змушений не лише намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього.

2. *Упереджене ставлення* – схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доцільності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає подібну упередженість у лікаря – доцільно звернутися до іншого фахівця, провести консилиум лікарів для з'ясування дійсного стану здоров'я пацієнта.

3. *Вороже ставлення до людей* (чи конкретної людини). Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, психолог повинен спробувати з'ясувати це, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Для медичного психолога така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які ускладнюють його фахову діяльність. Індивідуальна або групова психотерапія можуть допомогти лікареві виявити причину ворожості і знайти способи її подолання. При ворожому ставленні до усіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, а за відсутності психічних розладів – проводити тривалу психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.

4. *Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника*. Часто у спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес виникає лише тоді, коли відбувається усвідомлення значення отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна отримати бажаний або запобігти небажаному результату. У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи, У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак значна їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання а це може загрожувати подальшими ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання медичного психолога полягає у донесенні необхідної для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення і до самого пацієнта, і до його близьких.

5. *Нехтування фактами*, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи



дослідження, які дають підстави підтвердити або спростувати діагноз. Встановлення діагнозу пацієнта "з першого погляду" зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря і часто спостерігається у молодих лікарів. Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномонічні симптоми (наприклад, сколіоз). Однак серйозний лікар завжди проводить додаткові дослідження, які б підтвердили правильність його діагнозу і допомогли виявити причини формування хвороби. Пацієнти по-різному ставляться до подібної "експрес-діагностики". Якщо лікар користується беззаперечною довірою пацієнта – діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря – такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта, призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.

6. *Помилки у формулюванні висловлювань*: неправильний вибір слів, складність повідомлення, нелогічність, непереконливість чи не найчастіше стають причиною неефективної комунікації та нерозуміння між лікарем і пацієнтом. Лікар повинен вміти правильно оцінити загальнокультурний та освітній рівень свого пацієнта і пояснити йому сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, говорячи простими реченнями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та основні акценти.

7. *Помилковий вибір стратегії і тактики у спілкуванні лікаря з пацієнтом* може виникати, коли лікар неправильно оцінив психічний стан пацієнта і намагається вибудувати спілкування, ґрунтуючись на недоцільних стратегіях. Невміння визначати настрій пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність, депресивність призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнтів або сприяє формуванню чи маніфестації психічного розладу, що не може не відобразитися на ефективності його лікування.

Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар виходить з оцінювання тих вигод, які може дати кожна з них на конкретному етапі

лікування. Відкрите спілкування, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами терапевтичних відділень. Часто лікарі застосовують закрите спілкування, особливо за умови значної різниці у ступені предметної компетентності пацієнта, вважаючи безглуздим витрачати час і зусилля на підняття компетентності пацієнта. Таку стратегію часто обирають лікарі, які не спроможні зрозуміло висловити свою точку зору та наявну інформацію. Зазвичай це пов'язано з низьким рівнем професіоналізму або зі значним рівнем «синдрому вигорання» лікаря.

Різновид напівзакритої комунікації – однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта. Саме така комунікація переважає у лікарському спілкуванні. Лікарі для виконання своїх професійних обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо причини їх звернення до лікаря. При цьому лікарі уникають торкатися проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших органів і систем пацієнта, а особливо – його психічних розладів та психологічних проблем. Подібний тип спілкування може давати короткотривалий позитивний ефект на період безпосереднього лікування *ураженого органа пацієнта, але він не створює у пацієнта відчуття «одужання», яке обов'язково включає, крім подолання фізіологічних проблем, налагодження психічного стану.*

Іншим поширеним серед лікарів видом спілкування є формальне спілкування – т. зв. «контакт масок», коли лікар не прагне зрозуміти та врахувати особливості особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття – набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дають змогу приховати його справжні емоції, ставлення до пацієнта (зазвичай – байдужість). Примітивне спілкування, коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності:

якщо він потрібен – то з ним активно вступають в контакт, якщо не потрібен – втрачають подальший інтерес до нього і не приховуючи цього, нехтують ним. Перелічені види спілкування не лише не дають значного лікувального ефекту, утруднюють діагностику і лікування пацієнта, а й чинять значний негативний вплив на самого лікаря. Саме вони сприяють професійній деформації лікаря, формуванню «синдрому емоційного вигорання» – а відтак призводять до зниження лікарем самооцінки, пригніченості і депресивності.

У деяких випадках пацієнт намагається у спілкуванні з лікарем здійснити т. зв. істеричне представлення проблеми, тобто відкрито виявляє свої почуття, розповідає про проблеми та життєві обставини, не цікавлячись тим, чи хоче лікар вислуховувати його сповідь. Такий вид спілкування малопродуктивний з позицій медичної діагностики, потребує значного часу і вимагає від лікаря застосовувати доступні методи психокорекційного впливу. Часто подібна поведінка пацієнта вказує на наявність у нього психічних розладів.

Зрозуміло, що не всі лікарі можуть однаковою мірою володіти навичками ефективного спілкування з пацієнтами, яке вимагає і емоційних, і часових затрат. Та досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись основних загальних вимог спілкування: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не засуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний-момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості заради інтересів діла.

Досягти навичок ефективного спілкування, виробити комплекс необхідних соціально-психологічних і психотехнічних умінь, необхідних для спілкування, тобто умінь, пов'язаних з оволодінням процесами взаємозв'язку, взаємовираження, взаєморозуміння, взаємовідносин, взаємовпливу, можна на

соціально-психологічному тренінгу спілкування, проводити які у медичних закладах – один із функціональних обов'язків медичного психолога. На тренінгах медичні психологи прищеплюють навички: психологічно правильно і ситуативно обумовлено вступити у спілкування (з пацієнтом, його близькими, колегами); підтримувати спілкування, психологічно стимулювати активність пацієнта; психологічно точно визначати точку завершення спілкування з пацієнтом так, щоб у нього не виникало відчуття, що лікареві ніколи або нецікаво з ним розмовляти; максимально використовувати соціально-психологічні характеристики комунікативної ситуації для реалізації своєї стратегічної лінії – переконувати пацієнта у доцільності і правильності лікування тощо; прогнозувати можливі шляхи розвитку комунікативної ситуації, в межах якої розгортається спілкування, щоб не створювати у пацієнта відчуття інтимної близькості з лікарем чи його надмірної зацікавленості пацієнтом; прогнозувати реакції пацієнтів на акти комунікативних дій з метою отримання бажаних для лікування результатів; психологічно налаштовуватися на емоційний тон пацієнтів; вміння оволодіти та утримувати ініціативу у спілкуванні з пацієнтом; вміння спровокувати бажану реакцію пацієнта; формувати і керувати соціально-психологічним настроєм пацієнта.

Для цього лікар повинен оволодіти навичками, пов'язаними з управлінням процесами самообілізації, самонастроювання, саморегулювання: долати психологічні бар'єри у спілкуванні; знімати надмірне напруження у пацієнта; емоційно налаштовуватися на ситуацію спілкування з пацієнтом та його близькими; психологічно і фізично прилаштовуватися до пацієнта; психологічно адекватно до ситуації спілкування обирати жести, пози, ритм власної поведінки; мобілізуватися на досягнення поставленого комунікативного завдання.

Під час спілкування лікаря і пацієнта відбувається процес сприйняття і пізнання одне одного. Одна із форм пізнання – емпатія – здатність емоційно сприйняти пацієнта, проникати в його внутрішній світ, беззастережно та безоціночно приймати з усіма почуттями, думками і вчинками. Здатність до

емоційного відображення у лікарів виявляється неоднаково. Одні – спілкуючись із пацієнтом, не виявляють зацікавленості його психічним станом, переживаннями, намірами; інші відзначають деякі ознаки психічних проблем пацієнта, і лише здатні до емпатії лікарі виявляють уміння відразу увійти в становище пацієнта не лише спорадично, а й протягом усього процесу лікарської взаємодії. Логічній формі пізнання особистісних особливостей себе та інших людей – рефлексії – притаманна схильність до спотвореного розуміння особливостей інших людей на підставі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину відносять до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипові. Подібна стереотипізація згубна для створення ефективних стосунків взаємодії між лікарем та пацієнтом. Будь-яка стереотипізація пацієнта обмежує можливості лікаря зрозуміти його переживання, психологічні особливості, які часто і виступають пусковим механізмом виникнення хвороб.

Успішне фахове спілкування лікаря і пацієнта (як і всіх інших людей) часто ґрунтується на міжособистісній атракції - взаємній симпатії, потягу між людьми, наданні переваги одних людей перед іншими. Коли йдеться про спілкування лікаря з пацієнтом, то міжособистісна атракція у пацієнта має високий ступінь авансованості. а сам лікар в силу професійних потреб часто повинен задіювати певні внутрішні та зовнішні процеси, що їй сприяють. Серед зовнішніх факторів атракції найбільш важливими є: потреба пацієнта в афіліації та емоційний стан партнерів. Фізичну привабливість лікаря, його стиль спілкування, подібність між лікарем та пацієнтом, а також виявлення лікарем особистого зацікавленого і підтримуючого ставлення до пацієнта – основні внутрішні фактори, які власне й призводять до виникнення атракції.

У ході соціалізації кожна людина вчиться усвідомлювати, виявляти власні емоції, сприймати і розуміти емоційні стани інших людей. Лікареві особливо важливо досягти навичок сприймання та адекватного реагування емоцій і почуттів інших людей, адже вони відображають зміни, що відбуваються у внутрішніх відчуттях пацієнта та зовнішньому (лікарняному)

середовищі, зміцнюють стосунки, покращують можливість розуміння переживань інших людей та допомагають взаємодіяти з ними. Оцінювати і трактувати емоції інших можна, спостерігаючи за їхніми діями, реакціями, поведінкою. Усвідомлення і контроль за формою виявлення емоцій пацієнтів дає змогу управляти ними та допомагати це робити самому пацієнтові.

Оскільки у лікаря і пацієнта одна мета – одужання пацієнта – зазвичай їхні емоційні стосунки є позитивними. Цьому у значній мірі сприяють готовність пацієнта до саморозкриття та уміння лікаря щиро й неупереджено прийняти це саморозкриття.

Однак часто у спілкуванні лікаря та пацієнта складається формальне спілкування, яке не враховує індивідуальних особливостей партнера, а ґрунтується лише на намаганні лікаря використовувати способи психологічного впливу на нього, що не лише не сприяє одужанню пацієнта, а й може призводити до погіршення його стану в результаті витрачення значного внутрішнього ресурсу не на подолання хвороби, а на відстоювання власної психологічної цілісності.

Спілкування лікаря з пацієнтом повинне мати активний зворотний зв'язок, послуговувати широким спектром вербальних і невербальних засобів спілкування і містити механізми рефлексії, тобто бути довірливим, адже саме довіра до лікаря є тим фактором, який визначає рівень психологічного комфорту пацієнта і його готовність виконувати усі приписи лікаря та всіляко сприяти власному одужанню. Тактична мета міжособистісного довірливого спілкування – встановлення психологічного контакту, оптимальної психологічної дистанції, що дає пацієнтові психологічне полегшення, покращує зворотний зв'язок у процесі самопізнання і забезпечує психологічне зближення з лікарем, а отже – формує довіру до нього. Щира довіра до лікаря вимагає точного оцінювання його можливостей, намірів, компетентності, а також його як особистості. Вона принципово відрізняється від довірливості та псевдовіри. Успішність довірливого спілкування між лікарем та пацієнтом можна розглядати як певний результат зусиль подолання труднощів і психологічних бар'єрів, як результат накопичення

позитивного досвіду взаємодії, шлях до злагоди, емоційного і психологічного резонансу, котрий відчувається і переживається пацієнтом.

Психологічними показниками успішності міжособистісного спілкування лікаря та пацієнта є його легкість, задоволеність спілкуванням внаслідок досягнення психологічного контакту і взаєморозуміння. Необхідними умовами успішності спілкування є комунікабельність, контактність і комунікативна сумісність лікаря і пацієнта. Комунікабельність - вияв потреби у контактах з іншими людьми, схильність до встановлення приязних взаємин, який передбачає наявність розвинених комунікативних навичок. А контактність – специфічне соціальне уміння, в основі якого лежить природна комунікабельність, вона виявляється у спроможності мобілізувати усі наявні засоби для досягнення контакту, в умінні змінювати, залежно від ситуації, міру своєї відкритості і обрані засоби впливу, в пануванні над комунікативною ситуацією загалом.

Кожен лікар у спілкуванні з пацієнтами дотримується певного стилю, тобто індивідуальної стабільної форми комунікативної поведінки, що виявляється у будь-яких умовах взаємодії. Сформований стійкий стиль спілкування свідчить про досягнення лікарем певного рівня комунікативної майстерності. У роботі з кожним конкретним пацієнтом успішний лікар поєднує ознаки чоловічого та жіночого стилів спілкування. Чоловічий стиль спілкування більш активний і предметний, але водночас – більш змагальний і конфліктний, а жіночий – більше орієнтований на партнерство і взаємодію, має вищу емпатійність. Зазвичай ці стилі спілкування вважають статевобумовленими та практика показує, що саме поєднання ознак обох стилів спілкування у взаємодії з пацієнтом призводить до формування у пацієнта водночас довірчої та підпорядкованої поведінки.

Дуже важливим для лікаря є уміння переконувати пацієнта, адже часто страх і підвищений рівень тривожності змушують пацієнтів відмовлятися від проведення необхідних діагностичних чи лікувальних маніпуляцій або нехтувати порадами і настановами лікаря. Уміння застосовувати добре продумані і доказові аргументи, інформувати пацієнта про реальний стан

його здоров'я та можливі ускладнення часто вимагають від лікаря застосування спеціальних прийомів раціонального переконання щодо пацієнтів, які звикли до виваженої оцінки інформації або ж умовляння, особливо коли йдеться про кризову ситуацію, а також з пацієнтами з невисоким рівнем пізнавальних здібностей. Тому прийнято говорити про необхідність значного рівня соціального інтелекту у лікаря, який свідчить про значний рівень адекватності та успішності фахової взаємодії, дозволяє зберегти його в умовах, що вимагають концентрації уваги і опору емоційному напруженню, психологічному дискомфорту у стресі, надзвичайних ситуаціях, кризах.

Запорукою успішного функціонування лікаря у складних змінних професійних обставинах є т. зв. соціальна компетентність – вироблення певних поведінкових сценаріїв, які ґрунтуються на комунікативній, вербальній, соціально-психологічній, власне соціальній і еґо-компетентності, міжособистісній орієнтації, а також відповідають як реальній ситуації, так і очікуванням пацієнтів. Основні функції такої компетентності полягають у соціальній орієнтації, адаптації, інтеграції загальносоціального і особистого досвіду у професійну діяльність.

На процес взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом істотно впливають особливості мовлення, яке виконує не лише фізіологічну функцію передачі інформації, а й несе психологічне навантаження, виявляючи мету того, хто говорить, і розуміння того, хто слухає, а також визначає статусні й ситуативні ролі співрозмовників. Уміння послуговуватися словом для лікування пацієнтів очікують від кожного лікаря. «Якщо хворому після розмови з лікарем не стало легше, то це не лікар!» – ці слова В. М. Бехтерева знає кожен лікар. Для мовленнєвої поведінки лікаря дуже важливо не лише зазначити соціально-рольовий статус, як свій власний, так і пацієнта, а й дотримуватися жорсткого контролю за змістом і формою своїх мовленнєвих повідомлень і намагатися знизити особистісне начало.

У структуру *вербального спілкування* входять:



– значення і зміст слів, фраз. У спілкуванні з пацієнтом особливо значну роль відіграє точність вживання слова, його виразність і зрозумілість, правильність побудови фрази і її дохідливість, правильність вимовляння звуків, слів, виразність і зміст інтонації.

– мовні звукові явища: темп мови, модуляція висоти голосу, тональність голосу, ритм, тембр, інтонація, дикція. На думку пацієнтів, у ідеального лікаря манера мовлення плавна, спокійна, розмірена.

– виражальні властивості голосу: характерні специфічні звуки, що виникають при спілкуванні: сміх, хмикання, плач, шепіт, зітхання та інші; розподільні звуки (кашель), нульові звуки (паузи), а також звуки назалізації – «гм-гм», «е-е-е» та ін. у побутовій мові широко застосовують усі виражальні властивості голосу, однак у лікарській діяльності доцільно використовувати лише паузи, і ситуативно – сміх чи шепіт. Усі інші надають висловлюванню лікаря невпевненості і непрофесійності.

Значну кількість інформації пацієнти і лікарі отримують за допомогою невербальної комунікації, тобто повідомлень, закодованих і переданих за допомогою виразних рухів тіла, звукового оформлення мовлення, використання предметів, що мають символічне значення, організованого мікросередовища, яке оточує людину. Такі повідомлення зазвичай відзначаються більшою багатозначністю, ситуативністю, синтетичністю і спонтанністю. Невербальна поведінка регулює просторово-часові параметри спілкування, підтримує оптимальний рівень психологічної близькості між лікарем та пацієнтом, дає змогу економити мовленнєві повідомлення, та головне – воно посилює емоційне насичення сказаного.

Говорячи про *невербальну комунікацію*, найчастіше мають на увазі зовнішність та її оформлення, міміку, пози, жести людини, невербальні аспекти її мовлення, поведінку у просторі; запахи тощо. Однак слід пам'ятати, що усі невербальні повідомлення взаємодіють, часом доповнюючи одне одного, а часом – суперечачи. Тому лікареві слід не лише уважно спостерігати за невербальними повідомленнями своїх пацієнтів, інтерпретувати їх та порівнювати із вербальними, а й намагатися

контролювати власні, щоб вони не вступали у протиріччя з мовленнєвими повідомленнями та не трактувалися хибно пацієнтами. Адже пацієнти, зауваживши подібні невідповідності, практично завжди пов'язують їх із намаганням лікаря приховати «страшну правду» про стан їхнього здоров'я.

*Невербальні засоби спілкування:*

– *кінестичні - прояви людських почуттів та емоцій; міміка - рухи м'язів обличчя, жести - рухи окремих частин тіла, пантоміма - моторика всього тіла: пози, постава, хода тощо.*

– *такесичні - дотики під час спілкування: потиск рук, поцілунки, погладжування, відитовхування тощо.*

– *проксемічні - перебування у просторі при спілкуванні.*

Найбільш інформативною, зрозумілою і легкою у декодуванні у процесі спілкування є міміка – рухи м'язів обличчя, що відображають внутрішній емоційний стан, який надає понад 70% інформації. Спілкуючись із пацієнтами, лікарі мають пам'ятати, що лоб, брови, рот, очі, ніс, підборіддя - ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, гнів, радість, здивування, страх, відразу, щастя, зацікавлення, смуток тощо. Важливо зазначити, що основне пізнавальне навантаження у ситуації розпізнавання справжніх почуттів людини несуть брови та губи. Науково доведено, що лівий бік обличчя значно частіше виказує емоції людини, ніж правий; це пояснюється тим, що права півкуля, яка контролює емоційне життя людини, відповідає за лівий бік обличчя. Позитивні емоції відбиваються майже однаково на обох половинах обличчя, а негативні – яскравіше виражені на лівому.

Жести при спілкуванні несуть багато інформації, у мові жестів є слова та речення. У лікарській діяльності особливо важливі жести-ілюстратори – це жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль); піктографи, тобто образні картини зображення (отакого розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення; кінетографи – рухи тілом краще за слово описують ті вимушені рухи, як повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також

жести-біти (жести-відмашки) та ідеографи – своєрідні рухи руками, що сполучають уявні предмети. Спілкування включає значну кількість жестів-регуляторів, що виражають ставлення до почутого, це може бути: посмішка, кивок, скерування погляду, цілеспрямовані рухи руками, які дають змогу підтвердити свою зацікавленість у почутому і реагування на нього. Не менш важливим є зчитування жестів-адапторів – специфічних рухів рук: чухання або посмикування окремих частин тіла; торкання або поплескування співрозмовника чи себе самого; погладжування, перебирання предметів, що є під руками (олівець, гудзик тощо), які зазвичай вказують на підвищений рівень тривожності пацієнта, його невпевненість у собі, намагання заспокоїтись, здійснюючи звичні рухи. Складнішим для декодування є жести-ефектори, що виражають певні емоції за допомогою рухів тіла або м'язів обличчя, оскільки кожна людина може вкладати в них різний, часом парадоксальний зміст. Але вони стають зрозумілими під час тривалого спостереження за пацієнтом і можуть надавати додаткову інформацію про самопочуття та переживання пацієнта.

Намагаючись виявити свої почуття, люди охоче звертаються й до жестикуляції. Ось чому для проникливого лікаря важливо набути уміння розуміти жести.

Загальновідомі жести оцінювання (почухування підборіддя, випростування вказівного пальця вздовж щоки; вставання і ходіння), які можуть підказати лікареві, що пацієнт не переконаний у правильності висновків лікаря; жести впевненості – з'єднання пальців у склепіння піраміди; розгойдування на стільці, які зазвичай роблять пацієнти, впевнені у власній думці, які прийшли отримати медичну допомогу, вже маючи власний діагноз та план лікування; жести невпевненості та знервованості (переплетені пальці рук, пощипування долоні, постукування пальцями по столу), які вказують на тривожність пацієнта, невпевненість щодо стану їхнього здоров'я та щодо фаховості лікаря; жести самоконтролю (руки за спиною, одна стискає іншу, людина сидить на стільці, міцно вчепившись руками в бильця) свідчать про тривожність пацієнта, яку він намагається приховати

від лікаря, страх смерті, страх лікування тощо; жести очікування (потирання долонь, повільне витирання долонь об тканину) теж вказують на тривожність пацієнта, його неспокій щодо стану здоров'я і перспектив; жести заперечення (руки складені на грудях, тулуб відхилений назад, схрещені руки, дотики до кінчика носа) вказують на незгоду пацієнта з позицією лікаря і вимагають пояснень, уточнень і переконання пацієнта; жести прихильності (прикладання руки до грудей, переривчасті дотики до лікаря) вказують на довіру і прагнення отримати допомогу. Уміння краще розуміти ці та інші жести дозволять лікареві краще оцінювати психічний та соматичний стан пацієнта, його рівень довіри до лікаря, щирість та ін.

Не менш важливою професійною навичкою лікаря є його уміння слухати, адже це дає змогу зрозуміти і запам'ятати важливу для подальшого лікування інформацію, а також з'ясувати основні психологічні особливості особистості пацієнта. Звісно, існує багато факторів, які заважають ефективному слуханню, - це і складність уважно сприймати всі усні повідомлення пацієнта на тлі велетенського обсягу щоденної інформації, і занурення у власні проблеми та турботи, які часто відволікають від концентрування на проблемах пацієнта. Та найістотнішими є фізіологічні причини - кожна людина думає значно швидше, ніж говорить, тому часто у лікаря виникає бажання прискорити темп висловлювань пацієнта, змусити його упускати деталі, які, на думку лікаря, не є важливими. Для підвищення ефективності слухання лікареві потрібно удосконалювати навички концентрації уваги, емоційного самоконтролю, роботи з інформацією. За необхідності засвоєння великого обсягу інформаційних повідомлень одним із способів концентрації уваги є уміння точно визначити, яка саме інформація необхідна у даній конкретній ситуації, для даного пацієнта. Ефективне застосування різних стилів слухання сприяє збереженню і розвитку міжособистісних взаємин лікаря і пацієнта.

Уміння слухати – це найважливіша умова і запорука продуктивного спілкування лікаря з пацієнтом. Не слід вважати, що слухання – це пасивна поведінка в розмові, тобто неговоріння, коли поки говорить один, інший

лише мовчки очікує перерви в його монологі, і, як тільки той замовкає, другий починає говорити про свої проблеми, або й перебиває першого, не дочекавшись, поки він закінчить. Хоча пацієнти досить часто сумирно сидять, поки говорить лікар,— зрозумівши, що він зробив паузу, починають говорити про свої проблеми, не пов'язані (принаймні очевидно) з хворобою пацієнта. Якщо лікар націлений на ефективну взаємодію з пацієнтом, він вислухає його, адекватно відреагує на почуте і лише тоді знову повернеться до проблем здоров'я пацієнта. Лікарям, які вміють слухати, пацієнти розповідають свої найбільш сокровенні таємниці, які часто допомагають виявити причину захворювання та з'ясувати психологічні проблеми, з ним пов'язані.

Слухання у лікарській взаємодії – це активний складний процес, у ході якого певним чином встановлюються зв'язки між лікарем і пацієнтом, виникає відчуття взаєморозуміння, яке робить його ефективним. Окрім здатності сприймати отриману інформацію, у процесі слухання виникає зворотний зв'язок, завдяки якому пацієнт усвідомлює, що він розмовляє з живою людиною, яка слухає і розуміє його. Оскільки у кожному висловлюванні існує принаймні два змістовних рівні: інформаційний та емоційний, зворотний зв'язок може бути теж двох типів – відображення інформації та відображення почуттів пацієнта. Для підтвердження активного слухання лікар повинен застосовувати певні реакції: підтакування, повторення останнього слова або перефразування останньої фрази пацієнта, спонукання, ставити уточнюючі та навідні запитання, підказувати слова або фрази для закінчення речення, висловлювати емоції, робити логічні висновки з розповіді пацієнта, розпитувати його.

Переважно у слуханні пацієнта виявляється три складові: підтримка–*вирозуміння*–коментування. На етапі підтримки треба дати пацієнтові змогу висловитися, мовчки слухаючи, підтакуючи, повторюючи останні слова та виявляючи емоції. На етапі вирозуміння слід переконатися, що лікар правильно зрозумів пацієнта, для цього він задає уточнюючі, навідні запитання, робить парафрази. На етапі коментування лікар висловлює свою

думку з приводу почутого: дає поради, оцінки, коментарі. Такий процес слухання пацієнта дає змогу досягти найбільш довірчого рівня спілкування, необхідного для ефективної лікувальної взаємодії.

Невміння слухати – не єдина причина порушень, що виникають у міжособистісному спілкуванні лікаря і пацієнта. Часто їх причиною стають т. зв. комунікативні бар'єри, що можуть виникати внаслідок особистісних особливостей як лікаря, так і пацієнта. Сором'язливість – ще специфічна особистісна властивість, яка виявляється через стан нервово-психічного напруження і психічного дискомфорту, що може виникати у певних ситуаціях міжособистісного спілкування лікаря і пацієнта і утруднювати їх міжособистісне спілкування. Сором'язливість як якість, що переживається хворобливо, створює труднощі в установленні контактів, підтриманні і розвитку стосунків, негативно впливає на комунікацію, але у спілкуванні лікаря з пацієнтом часто призводить до неможливості отримати достатню інформацію для діагностування хвороби. Пацієнти соромляться розповідати лікареві про особливості свого статевого життя, про фізіологічні випорожнення, про психотравми, яких зазнали у дитинстві, та багато іншого. Уміння лікаря переконати пацієнта, що він може довіритися лікареві, який гарантує збереження лікарської таємниці, а також, що ставлення лікаря до пацієнта не зміниться в результаті його відвертості, значно пришвидшує процес збору анамнезу, а отже – й діагностування хвороби. Та що не менш важливо – цей етап спілкування відіграє значну психотерапевтичну роль, адже після висловлення своїх прихованих страхів, «гріхів» та подолання бар'єру, який розділяв пацієнта з усім іншим світом, його настрій і самопочуття значно покращується. Часто пацієнти говорять, що відверто розповівши лікареві свої таємниці, вони відчувають відчуття самоочищення, як після сповіді священикові.

Кожному лікареві у своїй практичній діяльності неодноразово доводиться спостерігати прояви античності, відчуження і самотності у пацієнтів. Ці відчуття у різній мірі в різні періоди життя притаманні кожній людині, та хвороба зазвичай загострює їх прояви і призводить до формування

стійкої психологічної самотності, що виявляється у відчутті суб'єктивної від'єднаності, відчуження від своїх близьких. Незадоволення стосунками, намагання звести їх до формальних і поверхневих, напруженість, відчай, туга значно утруднюють процес міжособистісного спілкування пацієнта, в т.ч. з лікарем. Однак лікарі знають, що зазвичай така поведінка свідчить про прагнення пацієнта мати стійкі довірливі особистісні стосунки із значущими іншими, і часто саме лікар «ламає кригу» відчуження пацієнта, після чого налагоджуються стосунки не лише з самим лікарем, а й з родичами пацієнта.

Часто на заваді ефективному спілкуванню лікаря з пацієнтом стають т. зв. дефекти спілкування, які полягають у свідомому згортанні контактів, спотворенні справжніх мотивів лікаря. Зазвичай цьому сприяють акцентуації характеру пацієнта, підвищений рівень тривожності та ригідність пацієнта. Лікар-психолог або психотерапевт, який працює у клініці, повинен допомогти пацієнтові подолати його підозрливість до оточення, непоступливість, дратівливість, метушливість тощо, навчити контролювати свої психічні стани з метою оптимізації стосунків із медперсоналом, а також для формування у самого пацієнта відчуття задоволеності своєю поведінкою, її наслідками.

Серед причин, що особливо обтяжують спілкування лікаря з пацієнтом, провідне місце посідає обман, тобто намагання пацієнта створити у лікаря хибне уявлення про пацієнта як про особистість, про ймовірні причини виникнення у нього хвороби, про його самопочуття і скарги. Прагнення до обману притаманне не лише пацієнтам з неврозами, психопатією, підвищеним рівнем тривожності, а й тим, хто не спроможний протистояти стресогенному впливу хвороби. Тому такі пацієнти схильні до агресивної поведінки, гніву, а також відчуття жалю до самих себе.

Спілкування між лікарем і пацієнтом повинно бути ефективним через необхідність їх постійної міжособистісної взаємодії, скерованої на подолання хвороби. А для цього необхідні: взаєморозуміння, координація і узгодження намірів та інтересів пацієнта і лікаря. Взаємне уміння і бажання зрозуміти ситуацію, узгодити з нею вияв своїх емоцій і поведінку є необхідною умовою

створення мікроклімату, сприятливого як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря. Оскільки лікар повинен у взаємодії з пацієнтом відігравати роль лідера, а також впливати на пацієнта, для нього потрібні такі якості: впевненість, наполегливість, комунікабельність, орієнтація на успіх, здатність до саморегуляції, працездатність, соціальний інтелект. Аналіз експериментальних даних психологів щодо здатності особистого впливу дає підстави зробити висновок про існування комплексу комунікативно-особистісних властивостей, необхідних лікареві, щоб успішно впливати на пацієнтів у лікувальній взаємодії, до якого входять: легкість у спілкуванні, навички спілкування, адаптивність, впевненість у висловлюваних думках і судженнях, афіліація, розуміння співрозмовника, соціальний інтелект. Звичайно, природа особистісного впливу складна й прямо залежить від темпераменту і типу особистості, а також від харизми лікаря. Оскільки не кожен лікар наділений якостями, необхідними для ефективного впливу на інших людей, у професійній діяльності вдаються до певних стратегій впливу, які у кожен конкретний момент доцільно застосовувати щодо конкретного пацієнта.

Для емоційно-вольового впливу на пацієнта лікар повинен володіти здатністю заряджати енергією інших людей (особливо пацієнтів), використовуючи для цього різноманітні засоби – від посмішки до суворого наказу, впливати на пацієнтів своїм ставленням до них, їхньої поведінки, а також – власним прикладом. Водночас лікар повинен бути вимогливим, постійно, але гнучко скеровуючи поведінку пацієнтів та їхні думки у русло позитивної налаштованості щодо одужання. При цьому слід доброзичливо, докладно і аргументовано аналізувати і оцінювати поведінку пацієнтів, підкреслюючи всі їхні успіхи та вказуючи на помилки і недоліки.

Як і у кожному спілкуванні, у спілкуванні з пацієнтами лікарі застосовують імперативну, маніпулятивну або розвиваючу стратегію спілкування. Застосування імперативної стратегії виправдовує себе у випадках необхідності надання пацієнтові негайної допомоги; коли пацієнти не виконують приписів лікаря; при лікуванні пацієнтів з вираженими



ознаками тривожності та невпевненості у собі. Маніпулятивна стратегія впливу, на перший погляд, досить приваблива при роботі з пацієнтами, які не впевнені у необхідності лікування, у власних силах, у досвіді лікаря, даючи короткотривалий бажаний ефект підкорення розпорядженням лікаря – уже невдовзі призводить до прагнення пацієнта від'єднатися від лікаря, тобто пацієнт перестає виконувати його приписи і намагається уникати спілкування з ним. Тому застосування такої стратегії виправдане лише у випадку необхідності отримання негайного, але короткотривалого підпорядкування і підкорення лікареві, що можна спостерігати переважно при гострих афективних станах. Найбільш прийнятною у роботі з пацієнтами є розвиваюча стратегія спілкування, коли лікар ставиться до пацієнта як до рівноправного суб'єкта спілкування, визнаючи за ним право на висловлювання побажань, власної думки і суджень, залишаючи за собою право у разі потреби переконувати пацієнта у їхній хибності або неможливості виконання, тобто стосунки лікаря з пацієнтом є симетричними. Головним чинником впливу у цьому випадку виступає переконання, безпосередньо пов'язане з особистим впливом лікаря як здатністю спонукати або стримувати пацієнта. Лікар може застосовувати логічне переконання, апелювати до загально визнаних авторитетів тощо.

Намагаючись впливати на пацієнтів, лікар повинен пам'ятати, що, окрім його здатності їх переконувати, слід використовувати й традиційне сприймання образу лікаря як людини, яка володіє достатніми знаннями і навичками, необхідними для надання допомоги іншим людям. Незважаючи на те, що формування образу лікаря не завжди супроводжується глибоким проникненням у його внутрішній світ та адекватною оцінкою або розумінням його особистості, воно передусім розумінню пацієнтом особистісних особливостей лікаря. Кожен пацієнт, створюючи образ лікаря, формує певну установку, визначає емоційне і пізнавальне ставлення до нього і намагається згідно із своїми уявленнями регулювати власну поведінку у процесі їхньої взаємодії. Елементи фізичної постави, зовнішності або експресії виступають у формуванні образу лікаря як багатозначні соціальні сигнали, що

пояснюють, хто ця людина за віком, досвідом, переконаннями, що вона відчуває у даний момент, як налаштована, який рівень її культури і естетичних смаків, чи впевнена вона у собі, чи комунікабельна тощо. Звичайно, інформація, яку отримують при сприйманні образу іншої людини, не завжди ними усвідомлюється; оскільки вона є фундаментом у побудові образу іншої людини, лікар, спілкуючись із пацієнтом, теж несамохіть створює в уяві його образ. Створення образу пацієнта не лише полегшує міжособистісну взаємодію з ним, а й допомагає точніше виявити усі порушення, наявні у фізичному та психічному стані пацієнта. Для раціонального розуміння пацієнта слід накопичувати, систематизувати вербалізовану інформацію про них і оперувати цими даними для досягнення максимальної відповідності суджень, оцінок, уявлень про пацієнта, а також його особистісних якостей, рис, мотивів, що дають змогу оцінювати пацієнтів і прогнозувати їхню поведінку. Намагаючись краще зрозуміти пацієнта, слід не лише неупереджено оцінити пред'явлені особистісні риси, а й намагатися доповнити їх інтуїцією, рефлексією, емпатією. Інтерпретуючи поведінку пацієнта, не можна забувати про неприпустимість каузальної атрибуції, тобто приписуванні причин поведінки пацієнта, недооцінюючи роль ситуації хвороби і переоцінюючи значення його особистісних рис.

На успішність спілкування лікаря з пацієнтом впливають такі фактори:

- уміння і бажання працювати для отримання бажаного результату (одужання пацієнта або покращання його стану);
- бажання і здатність нести відповідальність і приймати рішення, скеровані на отримання бажаного результату;
- готовність змінювати стратегії і тактики лікування в інтересах пацієнта;
- готовність до співпраці з колегами, пацієнтом та його близькими;
- мистецтво приймати швидкі рішення;
- здатність передбачати майбутнє;
- широкий світогляд;
- чуття ситуації;

- здатність бачити, виокремлювати головне;
- наполегливість;
- уміння управляти своєю думкою та думкою пацієнта;
- повага до інших.

Ефективність спілкування засновується та таких складових: психологічна вибірковість, практично-психологічний розум, психологічний такт.

Психологічна вибірковість лікаря – це здатність швидко і глибоко вникати у психологію пацієнта та відображати її, змінюючи тон і форму спілкування, засоби і методи впливу. Цьому процесу у значній мірі сприяє емпатія – здатність уявно поставити себе на місце пацієнта, яка допомагає скласти швидко і точну психологічну характеристику пацієнта, пояснити поведінку і вчинки – як пацієнта, так і свої власні щодо пацієнта.

Практично-психологічний розум дає змогу проводити лікування пацієнта та спілкуватися з ним, враховуючи його індивідуальні особливості, швидко орієнтуватися в ситуаціях, що вимагають практичних дій.

Особливо важливий у взаємодії лікаря з пацієнтом психологічний такт – уміння знайти підхід до кожної людини, встановити з нею довірливі стосунки і ефективно взаємодіяти. Це вимагає уміння знайти відповідну форму спілкування, тон розмови залежно від психологічного стану та індивідуальних особливостей пацієнта. Чуйність, уважність до пацієнтів, простота і природність у звертанні, об'єктивний підхід до людей – якості, що особливо важливі для лікаря.

Для ефективного процесу лікувальної діяльності лікар повинен також володіти навичками вироблення і прийняття рішень, для чого застосовувати у практичній діяльності аналіз отриманих даних, передбачати ймовірний перебіг хвороби та її результати, бути готовим адекватно відреагувати на будь-які зміни у процесі лікування пацієнта, виявляти чутливість до всіх змін у поведінці та самопочутті пацієнта, уявляти процес психічного перетворення особистості пацієнта під час лікування, а також сприймати, розуміти та оцінювати пацієнтів і процес лікування такими, як вони є.

Оскільки у взаємодії «лікар – пацієнт» лікар виконує роль керівника, стосунки з пацієнтами вибудовуються залежно від особистісних особливостей лікаря та пацієнта. Вони можуть бути авторитарними, якщо лікар бере на себе усю відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, не враховуючи його особистісних потреб, прагнень і переконань; ліберальними – коли лікар висловлює стандартно-формалізовані рекомендації, залишаючи за пацієнтом можливість обрання стратегій поведінки; демократичними – коли лікар обговорює з пацієнтом стратегії і тактики лікування, обираючи прийнятні – як з позиції лікувального впливу, так і з позиції готовності до них пацієнта, а за необхідності лікар намагається переконати пацієнта щодо зміни його точки зору, ґрунтуючись на доцільності, необхідності та прийнятності такої тактики. Найбільш ефективним, звичайно, є демократичний стиль. Авторитарний стиль поведінки лікаря зазвичай свідчить про значний ступінь вираженості його професійного деформації, а ліберальний – вказує на емоційне вигорання лікаря. Однак у деяких випадках саме застосування авторитарного стилю може врятувати життя пацієнта, а ліберального – спонукати його до необхідності виявляти більшу відповідальність за власне життя і здоров'я.

### **2.3. Основні форми роботи психолога в медичних установах**

#### ***Психодіагностика і психотерапія в діяльності медичного психолога***

Психологічна діагностика належить до основних видів діяльності медичного психолога. Мета діагностики в клінічній практиці полягає в тому, щоб за допомогою різних методів обстеження виявити достатньо повну картину психологічних особливостей людини, вивчити зміну психічних процесів людей з різними психічними порушеннями. В процесі діагностики виявляються причини конкретного психологічного явища (або його порушення), знання яких потрібне для надання відповідної допомоги.

Дослідження певних психічних функцій хворого і його особистості в значною мірою полегшує постановку діагнозу захворювання.

Найважливіші завдання діяльності медичного психолога полягають у вивченні психологічних особливостей інтелекту, емоційно-вольової сфери і особистості пацієнта, а також психологічних причин виникнення у нього хвороби. Завдяки тому, що в психології розроблено достатньо багато ефективних методів для отримання такої інформації, професійний психолог виявляється корисним в медицині при складанні анамнезу (історії хвороби), проведенні медико-психологічної експертизи, а також при проведенні медико-психологічної консультації.

Клінічна діагностика застосовується не тільки в медичних установах, але і в роботі психологічних консультаційних центрів, а також у навчальних закладах.

Клінічна діагностика відрізняється від звичайного психологічного експериментального дослідження великою кількістю використовуваних методик. Клінічна діагностика будується на узагальненні різних даних інтенсивного обстеження одиничного випадку, а сама діагностика виходить з принципу якісного аналізу особливостей психічного явища на противагу лише кількісного вимірювання. Оцінка результатів психологічного дослідження в клінічній діагностиці зазвичай проводиться без статистичних процедур, головним чином на основі індивідуального професійного досвіду психолога, його інтуїції.

Основні функції клінічного діагноста полягають в зборі, аналізі і узагальненні великого числа необхідних даних. Відомості про життя клієнта, деякі факти його біографії допомагають знайти основу для його розуміння і призводять до більшої результативності психологічної діагностики, розширюють можливості надання допомоги. Розгляд результатів тестування, аналіз історії хвороби, особистий контакт з клієнтом дають можливість сформулювати припущення у вигляді висновку.

Основними методами медико-психологічного вивчення хворого є клінічна бесіда, спостереження і тестування.

*Бесіда* як діагностичний метод дозволяє отримати інформацію про внутрішні процеси, суб'єктивні переживання і особливості поведінки людини, які не можуть бути виявлені за допомогою об'єктивних методів. Бесіда служить засобом встановлення особистого контакту з клієнтом і часто використовується не тільки як діагностичний метод, але і як психотерапевтичний прийом. Встановлення позитивних особистих відносин між учасниками бесіди вимагає спеціальної «технології» її проведення, в яку входять організація місця, уміння розташувати до себе співбесідника, використовуючи прийоми особистісно-орієнтованої психотерапії. Результативність бесіди як методу клінічної діагностики залежить від рівня професійної компетентності практичного психолога, а також від його особистістських властивостей, таких як комунікабельність, «спрямованість на іншого», емпатія, тактовність. Психологові необхідні спостережливість і здатність аналізувати ситуацію. Вони дозволяють краще орієнтуватися в ситуації спілкування і вибрати оптимальну тактику взаємодії.

Метод спостереження – один з основних в клінічній діагностиці. Спостереження може супроводжувати будь-який інший діагностичний метод: спостереження під час тестування, в процесі ведення бесіди і так далі. Як самостійний діагностичний клінічний метод спостереження включає систему спеціальних прийомів, що забезпечують найбільшу інформативність і точність спостереження. Для того, щоб використовувати всі переваги цього методу, клінічний діагност повинен систематизувати процес спостереження за допомогою різних схем, карт, зразків.

Створенню точнішої картини індивідуальних особливостей сприяє використання відомостей про історію життя людини – анамнез. Інакше цей метод можна назвати біографічним, тобто передбачає збір даних про біографію людини. Відмінність полягає в тому, що про анамнез діагности говорять стосовно різних захворювань, ставлячи завдання виявлення їх причин. Біографічний метод допомагає у пошуку причин певних змін в поведінці чи характері людини. Біографічний метод використовується як

додатковий при груповій психотерапії, допомагаючи з'ясувати природу і механізми психогенних розладів.

Тестування у клінічній діагностиці припускає стандартизоване вимірювання певної індивідуальної характеристики. Варто, однак, завжди мати на увазі, що навіть найнадійніші тести, валідність яких доведена, не дають точних даних для діагностики окремих випадків. Проте можливість повторного застосування тестування дозволяє виявляти різні прояви і зміни в протіканні захворювання.

У клінічній діагностиці тестування частіше проводиться індивідуально з клієнтом. У клінічній діагностиці досить часто використовуються такі індивідуальні тести інтелекту як тест Векслера, тести Біне, проби Крепеліна, таблиці Шульте, метод дослідження афазій К. Гольдштейна та ін.

Досить часто використовуються у клінічній практиці проєктивні тести, тобто засновані на мимовільному прояві (проєкції) особистісних якостей клієнта в процесі виконання психодіагностичного завдання. Це, наприклад, тест Роршаха, тест тематичної апперцепції (ТАТ), дитячий тест на апперцепцію (САТ).

Клінічна діагностика будується як оперативна, швидка діагностика і, як правило, завершується написанням клінічного висновку. Письмовим висновком є кінцевий етап узагальнених діагностичних дій. В заключенні зазначається мета діагностичного дослідження, відображаються властивості конкретної особистості. У висновку містяться всі доступні психологові-діагностові дані, як тестові, так і інші. Зміст висновку полягає в інтерпретації отриманих даних і висновків (записи тестів та інші дані можуть додаватися окремо для ілюстрації або пояснення). В заключенні зазвичай даються рекомендації щодо типу лікування, програм навчання .

Результати діагностичних досліджень можуть використовуватися з різною метою, призначатися різним фахівцям (лікарям, дефектологам) або самому клієнтові і його рідним.

Одними з найважливіших напрямів лікувальної роботи є психокорекція та психотерапія – використання методів психологічної дії для лікування

хворого з метою поліпшення відчуття його психологічного благополуччя. Істотною загальною особливістю і психотерапії, і психокорекції можна вважати психологічну дію, спрямовану на нормалізацію або поліпшення психічної діяльності і невросоматичних функцій людського організму.

При цьому одна і та ж психологічна дія найчастіше називається психотерапією, якщо нею займається лікар, і психокорекцією, якщо її застосовує психолог. Розділення цих понять у вітчизняній психології пов'язане не з особливостями роботи, а з узаконеним положенням про те, що психотерапією можуть займатися лише люди, що мають спеціальну медичну освіту. Це обмеження штучне, оскільки психотерапія має на увазі немедикаментозну, тобто психологічну дію.

Термін «психотерапія» – міжнародний, і в більшості країн світу однозначно використовується стосовно методів роботи, що їх виконують професійні психологи.

Таким чином, психотерапевтом можуть вважатися і лікар, і психолог, які професійно використовують в своїй діяльності методи психотерапії. Навіть територіально психотерапевтичні методи все ширше використовуються за межами клінік, в позалікарняному середовищі. Психолог може працювати як психотерапевт в медичній і в немедичній установі. Безумовно, для того, щоб будь-який лікар або психолог міг отримати право на проведення психотерапії, йому необхідні освіта і спеціальна підготовка. Загальна медична або психологічна освіта дає знання тільки основ психотерапії. Для навчання різним технікам психотерапії організовуються спеціальні курси за межами загальної професійної освіти.

У багатьох країнах, наприклад в Англії, Німеччині, Данії, Норвегії США, випускники університетів, що здобули психологічну освіту, повинні пройти обов'язкові спеціалізовані навчальні програми у сфері клінічної психології, для того, щоб отримати відповідну професійну кваліфікацію. Допуском до психотерапевтичної роботи стає диплом або сертифікат про відповідну кваліфікацію. Психотерапевти в своїй лікувальній роботі повинні усвідомлювати міру відповідальності за особистість пацієнта, оскільки



займаються її реконструкцією і відповідають за одужання людини. Психотерапевти найчастіше працюють з невротами, пограничними станами і психосоматичними захворюваннями. Розглянемо деякі з методів психотерапевтичної роботи.

Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія. Вона спрямована на:

- вивчення особистості хворого, його емоційних реакцій, взаємин, виявлення причин виникнення і збереження невротичного стану;
- допомога хворому в усвідомленні психологічних причин захворювання, в зміні ставлення до психотравмуючої ситуації;
- корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.

В процесі психотерапевтичної бесіди пацієнтові задаються прямі або непрямі питання, з хворим обговорюється зв'язок його станів з різними ситуаціями життя, особливостями його системи відносин.

Цей метод психотерапії може проводитися індивідуально і з групою хворих. У випадку індивідуальної психотерапії психолог спрямовує дію на пацієнта, обговорює з ним його проблеми. При груповій психотерапії основна форма психотерапевтичної дії – групова дискусія. Обговорюються життєві проблеми учасників групи. При цьому психотерапевтична дія здійснюється групою хворих на кожного учасника групи під постійним контролем лікаря або медичного психолога. Мета групової психотерапії полягає у логічному переконанні, заспокоєнні, роз'ясненні. В процесі групової роботи можуть використовуватися також і інші методи психотерапії: розігрування рольових ситуацій, психогімнастика, арт-терапевтичні методи та музикотерапія.

Сімейна психотерапія використовується тоді, коли психотерапевт працює з сім'єю як з малою групою, коли психотерапевтична дія спрямована на корекцію сімейних відносин: подружжя один з одним або батьків з дітьми. Про сімейну психотерапію говорять також тоді, коли психотерапевтична дія на клієнта виявляється через сім'ю (подружні або дитячо-батьківські стосунки).

Особливим методом психотерапії є психоаналіз. В процесі лікування психоаналітик допомагає пацієнтові проникнути в приховані від свідомості думки і переживання. Він намагається зняти симптоми пацієнта, звільнивши його від непотрібних сумнівів, невиправданого відчуття провини, болісних самозвинувачень, помилкових думок і безрозсудних поривів. Повний курс психоаналізу – завжди тривалий процес, що триває зазвичай не менше одного року при регулярних зустрічах з психоаналітиком (від трьох до шести сеансів на тиждень, кожен тривалістю близько години).

Психоаналіз на сьогодні широко визнаний суспільством в Західній Європі і Америці, є інститути і факультети в університетах, що здійснюють професійну підготовку психоаналітиків. Протягом багатьох десятиліть існує Міжнародна Психоаналітична Асоціація, а також створюються національні асоціації психоаналітиків. Особливого авторитету психоаналіз набув у США та Німеччині. У Німеччині, наприклад, психоаналітична терапія офіційно визнається організаціями, що забезпечують суспільне медичне страхування, і аналітик, таким чином, отримує відповідно до певної шкали розцінок винагороду за свою працю

У роботі з пацієнтами використовуються також багато інших методів і психотерапевтичних підходів, наприклад, психодрама, транзактний аналіз, гештальттерапія, ігрова терапія, арт-терапія, музикотерапія та ін. Всього в наш час налічується більше 400 самостійних методів психотерапії. Оволодіння кожним з цих методів вимагає спеціального навчання. Психотерапевт повинен знати психотерапевтичні ідеї і методи роботи, створені в різних психотерапевтичних школах. Основні з них: психоаналіз, аналітична психологія К.Г. Юнга, індивідуальна психологія А. Адлера, тілесна психологія В. Райха, гештальттерапія Ф. Перлза, біхевіоризм Б. Скіннера, гуманістичний підхід К. Роджерса. Кожен психотерапевтичний підхід претендує на ефективність при лікуванні майже у всіх областях психопатології.

***Психогігієна, психопрофілактика і реабілітація в діяльності медичного психолога***

Психогігієна – це розділ медичної психології, який є сукупністю медичних і психологічних знань, актуальних для збереження і зміцнення нервово-психічного здоров'я людини.

Психогігієна включає:

- вікову психогігієну (особливе значення має психогігієна дитячого і похилого віку);
- психогігієну побуту (емоційне самовладання, профілактика алкоголізму);
- психогігієну трудової діяльності і навчання (створення сприятливого психологічного клімату в трудовому колективі, профілактика конфліктів, промислова естетика, психогігієна розумової праці);
- психогігієну сімейного життя (психологічний клімат сім'ї).

Психопрофілактика – це система заходів, спрямованих на зниження нервово-психічної захворюваності, на попередження виникнення психічних захворювань. Психопрофілактика включає розробку і впровадження законодавчих заходів, спрямованих на охорону психічного здоров'я, поліпшення виробничих і побутових умов життя людей. Важливий засіб психопрофілактики – пропаганда психогігієнічних знань і здорового способу життя, психологічна освіта. З метою психопрофілактики важливо виявляти початкові симптоми психічних захворювань.

Медичні психологи беруть участь також в психологічній і соціальній реабілітації хворих. Тривале перебування хворих в стаціонарі приводить до «госпіталізму», що виявляється у втраті соціальних зв'язків і професійних навичок. Реабілітація полягає в проведенні комплексу медичних, педагогічних, професійних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення працездатності, особистого і соціального статусу людей, що перенесли захворювання. Психотерапевтична дія займає в цьому комплексі заходів важливе місце. Основна мета психотерапії на цьому етапі – відновлення втраченої активності хворого, його здатності до активного життя, допомога хворому в правильній оцінці своїх можливостей. Тривале перебування в стаціонарі викликає у хворих виражену астенію, посилення

хворобливих симптомів, емоційну напруженість, відчуття страху при переході з постільного режиму до активних рухів. У багатьох хворих унаслідок захворювання втрачається здатність виконання до попередньої роботи, з'являється необхідність пристосування до нової роботи і побуту. В результаті виникають побоювання, підвищується тривожність.

Тому основні завдання психотерапії на етапі реабілітації зводяться до виховання у хворих оптимізму, віри в свої сили, готовності до активного життя і позитивних контактів з оточенням.

Як психопрофілактичний і реабілітаційний заходи може використовуватися санаторно-курортне лікування. Окрім таких лікувальних чинників природи, як сприятливий клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, достатньо широко застосовуються також фізіотерапія, лікувальна фізкультура, масаж і психотерапія. Важлива роль медичного психолога в цьому випадку може полягати в організації психотерапевтичних занять, проведенні сеансів релаксації, аутотренінгу, музикотерапії.

Актуальною медико-психологічною проблемою є інвалідність, яка виникає унаслідок важкої хвороби, фізичних і психічних травм, а також унаслідок вроджених розумових і фізичних недоліків. Психологічні наслідки, пов'язані з отриманням інвалідності, проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів вивчені ще дуже мало.

В останні десятиліття медичні психологи все частіше беруть участь в науковому і практичному вирішенні проблем травматичного і посттравматичного стресу. Стихійні лиха (землетруси, повені), технологічні катастрофи (аварії, пожежі), ситуації насильства і загрози життю, військові конфлікти є сильними стресогенними чинниками. Психологічна допомога в таких ситуаціях виявляється дуже актуальною.

## **2.4. Зміст роботи психолога в клініці**

### **2. Зміст роботи психолога у медичних установах**

#### ***Особливості роботи медичного психолога у клініці загальної хірургії***

Особливістю роботи хірурга є те, що він постійно повинен вирішувати дуже серйозні та складні проблеми, за якими стоять життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але й визначення ступеня ризику операції, доцільності тих чи інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, одержання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання тощо. Звичайно, прийняття таких рішень вимагає від хірурга великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння відповідальності перед хворим. Ускладнює становище хірурга те, що він, не маючи права гарантувати абсолютного успіху, повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у випадках, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це. Чим більшими стають досягнення хірургії, тим вищими – вимоги до хірургів.

Робота медичного психолога у хірургічному відділенні в першу чергу полягає у спільній з хірургом боротьбі з тривожністю пацієнта, його страхом перед операцією, страхом смерті, страхом майбутнього. Перед операцією доцільно (бажано спільно з хірургом та анестезіологом) у загальних рисах пояснити йому, у чому полягає суть втручання, його необхідність, які функціональні зміни відбудуться в організмі після оперативного втручання. Намагаючись налаштувати пацієнта на позитивний результат і вселити в нього надію на одужання, водночас обов'язково слід попередити його про можливі ризики.

Після проведення оперативного втручання психокорекційна допомога пацієнтові не менш важлива, ніж перед ним. Зважаючи на істотне психологічне потрясіння, яке пережив пацієнт, його психологічні особливості, медичний психолог спільно з хірургом повинен щоденно його відвідувати у післяопераційному блоку, намагаючись допомогти прийняти свій новий статус та зміни, які на нього чекають у майбутньому, а також не пропустити перших симптомів формування психічних розладів та негайно почати їх лікування.

Особливої уваги заслуговує робота психолога у хірургічному відділенні з надання психологічної допомоги дітям в адаптації до умов

перебування в стаціонарі та вирішення проблем медичної допомоги невідкладного характеру. Стан таких дітей визначається не тільки фізичною, але і психологічною травмою. Фізична травма, як правило, домінує, тому психологічна травма практично непомітна для хірурга або травматолога, проте часто саме психологічна травма може з'явитися причиною сповільненого одужання дитини. Сам факт дії фізичної травми на психіку дитини – причина психоемоційного стресу. Після психологічної травми, викликаній подією, що виходить за рамки звичайного людського досвіду (загроза життю, руйнування тілесної ідентичності, втрата будинку або близьких тощо) у дитини може розвинути патологічний стрес, при якому особа вражається на біологічному, психологічному і поведінковому рівнях. При цьому психічний стан людини може негативним чином впливати на механізми одужання. Особистість дитини починає формуватися на основі хворобливих переживань, якщо йому не надана психологічна допомога. Як показує досвід, в цьому випадку дитина стає емоційно вибуховою, некеровано агресивною, мстивою, підозрілою, замкнутою. Її відношення до світу і навколишніх людей обтяжене хворобливим досвідом і тому апріорі негативне. Часто у пошуках компенсації за біль дитина зупиняється на девіантних (асоціальних) формах поведінки. Крім того, у неї розвивається комплекс «вимкненого тіла»: фізичний та емоційний біль породжують феномен «м'язового панцира», дитина стає бездушним циніком, не цінує переживання людей, що оточують її. Щоб розслабитися, їй необхідно пережити ще гостріший стан або удатися до алкоголю або наркотиків. Важливість психотерапевтичної допомоги дитині підкреслюється багатьма відомими фахівцями в області дитячої психології і психотерапії. Так, Ю.В. Попов в своїх дослідженнях відзначає, що характерною межею цієї групи розладів є їх виразно екзогенна природа, причинний зв'язок із зовнішнім стресором, без дії якого психічні порушення не з'явилися б. Кажучи про епідеміологію посттравматичного стресового розладу (ПТСР), автори наводять наступні дані: синдром розвивається у 50-80% осіб, які перенесли важкий стрес. Хлопчики виявляються чутливішими, ніж дівчатка до впливу

стресорів. Схильність до ПТСР у дітей виражена більшою мірою, ніж у дорослих. Наприклад, після важких опіків цей стан розвивається у 80% дітей і лише у 30% дорослих. Це пов'язано з несформованістю механізмів компенсації (копінгу) у дитячому віці. Проте слід зазначити, що проблема ПТСР у дітей ще недостатньо вивчена, тому багато положень в цій області сформульовано на прикладі вивчення ПТСР у дорослих. Показники поширеності ПТСР серед осіб, що пережили екстремальні ситуації, згідно наукових досліджень, коливаються від 10% у свідків події до 95% - у важко постраждалих (зокрема з соматичними пошкодженнями).

Результати психологічних досліджень в НДІ невідкладної дитячої хірургії і травматології засвідчують, що з числа 676 хворих дітей у віці від 5 до 16 років більш ніж у 50% осіб були виявлені особливості перебігу посттравматичних стресових розладів. Порушення процесів мислення (причинно-наслідкові зв'язки, узагальнення – розподіл за істотними ознаками і т. ін.) виявлене у 17 хворих, зміни в емоційній сфері і порушення структури особистості (у цих хворих емоції і відчуття виключені з оперативного простору розсудливої діяльності у зв'язку з перенесеною травмою) – у 493 дітей. У 48 обстежених пацієнтів травма не викликала порушень психіки, що може бути пов'язане з несформованістю механізмів копінгу в дитячому віці. Особливий інтерес представляли 118 хворих, у яких травматичне переживання виникало з внутрішньосімейних взаємин (негативний рольовий імпринтинг), – при тривалому існуванні травмуючої ситуації усередині сім'ї емоційні переживання дитини витісняються в область несвідомого і шукають вирішення. Дитячий розум, не знаходячи іншого способу впливу на ситуацію, вибирає «жертвність», яка часто виявляється в несвідомих формах поведінки.

Іншими словами, дитина з негативним імпринтингом психологічно (психосоматично) більш схильна до усіляких травматичних ситуацій, ніж дитина із здорової сім'ї. На фоні психологічної норми вона відрізняється від нетравмованих дітей (негативні, нав'язливі спогади про подію; забарвлені сни, що повторюються негативно, пов'язані з подією; старання уникати

діяльності, пов'язаної з подією; усунутість, відчуження; збіднення відчуттів; відсутність орієнтації на майбутнє). У таких пацієнтів часто є і органічна (соматопсихічна) основа подібного роду поведінкових розладів. За нашими даними, більше половини дітей (65%) з черепномозковою травмою (ЧМТ) має психомоторні розлади, названі резидуальною енцефалопатією (РЕ). Саме діти з РЕ у зв'язку з особливостями поведінки, конфліктністю, підвищеною нервовою збудливістю, порушеннями координації, зниженням критики, з порушенням поведінки в певних ситуаціях найчастіше піддаються повторними ЧМТ. Тривалість перебування в стаціонарі дітей з легкою ЧМТ на фоні резидуальної енцефалопатії була в середньому на чотири–п'ять днів більшою, ніж у дітей з легкою ЧМТ з неускладненим неврологічним фоном. При ретельному психологічному обстеженні тих же пацієнтів в 18% випадків виявлені симптоми мали психосоматичну природу. Неврологічні дослідження підтверджують необхідність психокорекційної допомоги дітям при травматичних пошкодженнях. Її повинні спільно надавати лікуючий лікар, невролог і психолог.

Превалювання «поведінкового підходу» психокорекції (на противагу «аналітичному»), визначається відомим постулатом: «Фізична недуга з позиції психології вже розглядається як наслідок комбінованих соматопсихічних і психосоматичних обставин, що привели пацієнта до травматичної події». Допомогати пацієнтові у фізичному одужанні найперспективніше за допомогою творчих методик. Дітей з порушенням процесів мислення лікареві слід рекомендувати направити на додаткове обстеження до психоневролога, нейропсихолога, дефектолога, дитячого психіатра.

Отримані результати оцінюються за характером змін емоційного ставлення хворого до травматичного переживання, наслідком чого є, як правило, скорочення терміну перебування в стаціонарі з подальшим амбулаторним спостереженням.

Оскільки деонтологічний «клімат» впливає не тільки на емоційний стан, фізіологічний тонус хворого, а й відображається на результатах



лікування, в обов'язки медичного психолога у хірургічному відділенні також входить налагодження оптимальних стосунків між працівниками. Виявлення недружніх стосунків, інших елементів суб'єктивного ставлення одне до одного не повинні впливати на якість роботи хірургічної бригади.

Проведення тренінгів спілкування, індивідуальна психокорекційна робота з персоналом та рекомендації щодо ротації кадрів – необхідний елемент роботи медичного психолога у хірургічному стаціонарі, який дасть змогу завдяки сприятливому психологічному клімату у відділенні забезпечити умови для безконфліктної професійної діяльності.

Працюючи у клініці хірургії, травматології чи онкології, медичний психолог не повинен забувати й про професійну деформацію лікарів хірургічного профілю. За надмірною впевненістю, категоричністю, негнучкістю, цинізмом зазвичай лікарі приховують свою втому, викликану значними фізичними, емоційними та інтелектуальними навантаженнями, зневіру у власних силах, песимізм, пов'язаний з високим рівнем смертності (в онкології) чи інвалідації своїх пацієнтів. Соціальні чинники, пов'язані з незадовільними умовами роботи, браком необхідного устаткування, низькою фаховою підготовкою та формальним виконанням службових обов'язків медичними сестрами, низька заробітна платня, відсутність соціальних гарантій, низький соціальний статус порівняно з західними колегами – теж призводять до формування депресивних симптомів, які лікарі часто намагаються подолати за допомогою психоактивних препаратів, у першу чергу алкоголю. Усе перелічене окреслює поле діяльності медичною психолога у клініці хірургії досить широко. Та за умови не лише успішної роботи з пацієнтами, а й створення сприятливого соціально-психологічного клімату у відділенні, медичний психолог зможе й сам уникнути професійної деформації.

### ***Особливості роботи медичного психолога у клініці травматології та ортопедії***

Специфіка роботи психолога у клініці травматології та ортопедії зумовлена, в першу чергу, особистісними, ситуаційними особливостями

пацієнтів із захворюваннями й ушкодженнями опорно-рухового апарату та їх лікування.

Початок захворювання під час травм раптовий, а при ортопедичній патології – має тривалий перебіг з тенденцією до погіршення і часто починається від народження. У переважній більшості випадків тривалість терміну лікування та подальшої реабілітації дуже значна, а пацієнти під час хвороби обмежені у своїй трудовій, соціальній та особистісній активності та очікують їх швидкого і повного відновлення. І, врешті, при деяких ортопедичних хворобах (часом і при травмах) захворювання супроводжується вираженим больовим синдромом, а також може призвести до виникнення косметичних дефектів.

Усі перелічені причини істотно впливають на особливості міжособистісних стосунків з ортопедичними і травматологічними хворими і медичного персоналу та родичів пацієнта.

Медичний психолог повинен у своїй роботі допомагати ортопедові-травматологу проводити бесіди з пацієнтами, в яких його ознайомлюють з методами лікування, перспективами на відновлення функцій опорно-рухового апарату, а також зі змінами у житті пацієнта, зумовленими їх втратою. Оскільки серед пацієнтів травматологічного відділення перебуває значна кількість молодих, соматично здорових людей, які ще не були на тривалому стаціонарному лікуванні, звикли до активного способу життя і, звичайно, до самостійного задоволення своїх потреб, пов'язаних з опорно-руховим апаратом, – через залежність від оточення, тривалу бездіяльність та неможливість прогнозувати подальше життя, у них часто виникають значні психічні розлади. Зазвичай вони виявляються в афективних реакціях, що утруднює адекватне проведення лікування та реабілітації цих пацієнтів.

Спілкування пацієнтів травматологічного відділення з близькими переважно зумовлене можливістю отримання ними вторинної вигоди, та водночас може набувати ознак інфантильності, агресивності чи пригнічення. Окрім того, тривале перебування в одному приміщенні із сторонніми (і часто неприємними для них) людьми лише посилює маніфестацію

психопатологічних симптомів. Зважаючи на це, робота медичного психолога повинна бути скерована також на налагодження стосунків між пацієнтами та з родичами. А також корисними виявляються індивідуальні психокорекційні бесіди, скеровані на усвідомлення пацієнтом минулості його стану обмеженої активності, а також на оптимізацію його загального психологічного стану, яка сприятиме його швидшому одужанню та поверненню працездатності.

### ***Особливості роботи медичного психолога у клініці онкології***

#### *Основні положення*

Як і інші медичні заходи, психологічна підтримка пацієнта повинна орієнтуватися на перебіг його хвороби, який може істотно змінюватися залежно від типу пухлини. Підтримка може також визначатися біологією пухлини, загальним станом хворого, віком, статтю і терапевтичними можливостями. Для пацієнтів це означає, що велика кількість злоякісних хвороб є принципово виліковними. У частини пацієнтів, які мають пухлини, немає куративних шансів. У цьому випадку можлива паліативна терапія, що означає – обмежене в часі полегшення симптомів пухлини і, можливо, продовження тривалості життя.

Пацієнт потрапляє в складну ситуацію, якщо точно проведена терапевтична спроба з лікувальною метою не дає бажаного результату, наприклад, коли виявляється, що пухлина не операбельна, або коли радіотерапія при злоякісній лімфомі, чи хіміотерапія при гострій лейкемії, не призводить до ремісії. Тоді випробовується альтернативне лікування, при якому шанси, звичайно, зменшуються, а пухлинна хвороба продовжується.

Наступною, складною для пацієнтів, ситуацією є подальший довільний рецидив або загальні метастази основної пухлини, яка успішно лікується. Під час багатьох місцевих рецидивів у своєму розпорядженні лікарі можуть мати подальші можливості лікування за допомогою операцій або радіотерапії. У випадку з загальними

метастазами, як правило, залишається тільки спроба паліативного лікування методами хіміотерапії, можливо, у поєднанні з радіотерапією.

Ці варіації перебігу хвороби потрібно брати до уваги при проведенні психологічної підтримки пацієнта з пухлиною, враховуючи особливості його особистості щодо хвороби.

Із зростанням частоти захворювання на СНІД подібний феномен спостерігається у зв'язку з активним та пасивним перебігом хвороби.

Емоційні та життєві навантаження і небезпеки, на які наражається пацієнт з пухлиною, визначаються кількістю і різноманітністю пухлинних захворювань, непередбачуваністю перебігу хвороби, особистістю хворого й упередженим або неправильним ставленням оточення.

У центрі уваги знаходиться страх пацієнтів перед невиліковністю й смертю. На противагу йому виступає страх терапевта перед безпорадністю, з якою він протистоїть хворобі з невтішним прогнозом. Йому часто спадають на думку безпорадні думки про власну смерть. Страх виявляється також у ризикованій терапії. Страх народжує думку про біль, про, можливо, повільну і болісну смерть. Щоб уникнути цих страхів, хворому потрібна людина, якій він міг би довіряти. Психологічної підтримки часто потребує і сам лікар, який виконує нелегке завдання, лікуючи хворого.

У сучасному стаціонарному, а також клінічно-амбулаторному лікуванні пухлин, на жаль, неминучим є те, що пацієнта обслуговує дуже багато людей (наприклад, багато лікарів, обслуговуючий і технічний персонал, фізіотерапевти і психологи). Але йому обов'язково потрібен психолог, який повинен нести на собі основне навантаження у підтримці хворого. Коли всі медичні працівники готові до кооперації, має гарантуватися внутрішня дисципліна і розподілення завдань відповідно до концепції терапії.

Навіть безпосередня присутність біля ліжка хворого, тяжко хворого і умираючого може мати заспокійливий характер. Тоді для хворого особливо цінною стає безмовна інтеракція (взаємодія) з партнером, яка допомагає навіть у таких дрібницях, як «проста» присутність, готовність залишатися його партнером стільки, скільки буде потрібно. Інтеракція дає хворому можливість відчутти, що він може запитати у партнера про що завгодно і коли завгодно.

### *Повідомлення діагнозу*

Правдивість біля ліжка хворого – загальна тенденція. Це стосується не лише різних лікарів, які займаються онкологічними хворими, але і їх родичів, обслуговуючого персоналу та священників.

Ми прагнемо сьогодні роз'яснити хворому його хворобу. Роз'яснення треба проводитися обережно, індивідуально і враховувати те, що хворий дійсно хоче знати. Його повинен, якщо можна, проводити сам лікар. Усе ще висловлюються заперечення проти обережного, адекватного до ситуації роз'яснення, яке проводиться неодноразово, а у серії бесід.

Повідомлення діагнозу є також необхідністю і для лікаря у двох відношеннях. З одного боку, приховування діагнозу означає визнання тотальної безнадії і терапевтичного безсилля. З іншого боку, при, як правило, ранньому в наші дні виявленні ракового захворювання інакше не можна домогтися співпраці з пацієнтом у оперативному втручанні, лікуванні радіотерапією та хіміотерапією.

Діагноз раку є травмою для кожного хворого. При цьому уникання психосоціальних контактів, регресія і пасивність можуть стати наслідками і лише посилити переживання загрози для «Я».

Одночасно з розкриттям діагнозу пацієнту необхідно вселити надію і, якщо можливо, зробити терапевтичну пропозицію. Цим ми обіцяємо хворому, що не залишимо його на самоті. У розмові слід підкреслити сприятливі результати обстеження. Ці дані посилюють почуття власної цінності хворого. Втрата усвідомлення власної цінності може вести до

зниження соматичних і психічних резервів, які ще можна мобілізувати. Паралельно до цієї реакції формується позиція поразки і у лікаря. Усякий поганий прогноз містить, однак, для хворого і лікаря хоч краплю надії. Впевнене бачення майбутнього недосяжне і для досвідченого у прогнозах лікаря, про що свідчать реальні випадки найнеймовірніших покращень, незважаючи на несприятливий прогноз.

Використання напівправди або брехні дає хворому тільки уявну допомогу, він «на власній шкірі» відчуває фізичні зміни в тілі і, переживши розчарування у надії, удвічі гостріше відчуває свою самотність. Хворий може навіть відчувати, що терапія проводилася тільки для годиться, а це збільшує його страх і посилює почуття покинутості. Надія може, однак, виникати у готовності лікаря до відкритого супроводжуючого партнерства, зростати і, нарешті, сприятливо впливати на перебіг лікування.

Повідомлення діагнозу часто уникають, посиляючись на бажання пожаліти хворого. Часто за цим приховується стурбованість лікаря тим, що конфронтація з діагнозом може призвести до розриву особистих стосунків з пацієнтом. У цій розмові потрібно усвідомити, що правда лише відносна, що середня тривалість виживання і відповідні проценти мало що говорять про якийсь окремий випадок. Треба повідомити лише «теперішню правду», обережно дозовану і орієнтовану на запитання хворого.

Нещадне повідомлення результатів біопсії неприпустиме, це служить тільки для самозахисту лікаря. Якщо у хворого встановлена потреба у запереченні хвороби, ми повинні поважати це. Заперечення – це захисна реакція хворого. Треба, однак, враховувати, що надмірне наслідування нереалістичних захисних тенденцій хворого, і спільне заперечення хвороби лікарем і пацієнтом може вести до розриву комунікації, а, цим самим, до подальшої ізоляції та самотності хворого у його ставленні до лікаря та сім'ї. Тому Балтраш [31] рекомендує

допомогти хворому зорієнтуватися у новій реальності і підтримати його в усуненні патологічних тенденцій заперечення.

### *Залучення родичів*

Хворий, його сім'я і медичні працівники належать одне одному. Вони укладають «трудову угоду», основою якої є трикутник: «хворий–лікар–родина».

Лікар повинен враховувати індивідуальну систему сім'ї і сімейних стосунків. Він повинен запитати себе, яке значення має страждання для хворого і для членів сім'ї, які сили тут діють, як до, так і, особливо, під час захворювання і після можливої смерті пацієнта. Якщо ці сили розпізнаються, їх можна успішніше використовувати. Тому має стати правилом спостереження і лікування не тільки самого хворого, але і системи «пацієнт–сім'я» [22].

При цьому спостерігається тенденція до надмірного інформування родичів та недостатнього – хворого. Тим самим створюється небезпека того, що родичі завершать психологічну переробку скорботи уже перед смертю хворого, і він опиниться в ізоляції. Щоб бути разом з хворим, його родичі повинні знаходитися на тому ж рівні володіння інформацією, як і він [31].

Часто родичі самі просять лікаря, щоб він не сповіщав хворому діагноз «раку». У більшості випадків це призводить до ситуації, яка описана далі і подібних до якої безумовно треба уникати. Під опікуванням лікаря знаходиться його теща. Кожний у сім'ї мовчить про справжній діагноз: метастазуюча карцинома молочної залози. Хвора поводиться відповідно до ситуації, ніколи не починає розмову у цьому напрямку, не питає про наявність метастазів. Складається враження, що все іде досить спокійно, і однак у хворої виражена депресія, вона практично ні з ким не розмовляє, що пояснюється як прояв метастазів, які з'являються у мозку. Через три тижні після смерті тещі лікар сам випадково знаходить велику кількість листів, які ця жінка написала покійному чоловікові, оскільки вона, як це висловлено у листах, не

почуває більше ні з ким у сім'ї істинної близькості. У листах хвора досить точно описує, як сім'я хотіла захистити хвору від смутку, пов'язаного із захворюванням. У цій сім'ї лікаря хвора точно знала у чому справа, а лікар ніколи цього не помічав. Тому всі змушені були входити у психологічну переробку скорботи ще раз і в дуже важкому аспекті.

Різні рівні інформації хворого та інших членів родини позбавляють сім'ю можливості співпраці. У цій ситуації ніхто не може діяти природно; усе зазнає спотвореної рефлексії у той час, коли потрібна відкритість.

Багато онкологічних хворих з поганим прогнозом реагують на захворювання такою сильною регресією своїх вітальних імпульсів, що це починає нагадувати психоз. Вони скаржаться на повну внутрішню спустошеність і ніби випаленість. У такій ситуації можуть бути сприятливі умови для психотерапії. З урахуванням знань про соматопсихологічні особливості онкологічних захворювань, повинна відбуватися загальна пацієнт-центрована медична робота.

Одночасно можна застосувати такі засоби підтримуючої психотерапії:

- 1) розробка позитивного перенесення у межах стабільних стосунків з лікарем;
- 2) забезпечення постійної доступності лікаря при потребі;
- 3) використання можливостей для вербалізації вторинно іпохондричних уявлень, почуттів і фрустраційної агресії хворого;
- 4) доповнююча психологічна підтримка програми соматичної терапії.
- 5) зусилля у напрямку «третьої дійсності», тобто ірраціональності, релігії тощо.

Діяльність психолога ґрунтується на необхідності отримання беззаперечної довіри хворого до лікаря та запропонованих ним методів лікування. Зважаючи на нез'ясованість етіології злякисних новоутворень, багато онкологічних хворих, відчуваючи страх перед смертельною хворобою,



важким і болючим лікуванням, сумнівними перспективами, намагаються знайти допомогу за межами лікувальних закладів. Тому чи не першим завданням медичного психолога у клініці онкології є намагання допомогти пацієнтові повірити в офіційну медицину і позбутися міфічних уявлень про «чудодійні» одужання, а також спростувати думку про невиліковність злоякісних новоутворень.

У кожного онкологічного пацієнта після встановлення діагнозу формуються значні патопсихологічні негативно забарвлені симптоми: депресія (часто з суїцидальними тенденціями), агресія та аутоагресія, пригніченість, зневіра, страх смерті та інше. Онкологи часто спостерігають складні емоційні реакції на захворювання злоякісними новоутвореннями, психологічно пов'язаними з уявленнями про невиліковність цих хвороб. Одні хворі більше схильні до переляку, паніки і при пропозиції госпіталізації впадають у депресивний стан. Інші хворі – приховують свої переживання від сторонніх, що зазвичай призводить до важких форм депресії, яка лише ускладнює лікування пацієнта.

Період перебування хворих у стаціонарі пов'язаний із значним пригніченням пацієнта. Хворі гостро реагують як на власний стан здоров'я, так і на стан і долю сусідів по палаті. Тому дуже важливо допомогти медичному персоналу стаціонару створити сприятливу деонтологічну ситуацію, щоб пацієнти, спостерігаючи за злагодженою, чіткою і самовідданою роботою медичних працівників, а також відчуваючи їх підтримку і віру в одужання, могли й самі стати більш упевненими в успішному результаті лікування.

Важливо пам'ятати, що реакції страху і гніву – прояви самої хвороби, тому доцільне застосування седативних препаратів та індивідуальної і особливо групової психотерапії. Лікування онкологічного хворого передбачає надання психотерапевтичної допомоги не лише йому, а і його близьким. Вітчизняна деонтологія передбачає оголошення точного діагнозу, його можливих ускладнень та прогнозу щодо тривалості життя не пацієнтові, а його близьким. Західна практика намагається повідомляти пацієнтові усю

необхідну інформацію щодо його хвороби. Обидва варіанти мають свої переваги і недоліки. При першому – пацієнт має менше підстав до зневіри та відчаю, його психологічний стан може істотно підтримати його протягом періоду лікування. Другий – спонукає пацієнта до активної боротьби за власне життя, що мобілізує захисні функції організму і теж сприяє полегшенню його самопочуття, а водночас дає змогу пацієнтові обдумати можливий варіант завершення життєвого шляху, підготуватися до смерті, завершити важливі та значущі справи, звернутися до Бога. У цьому випадку пацієнти часто набувають додаткових сил для боротьби з хворобою.

### ***Особливості роботи медичного психолога в акушерстві та гінекології***

Під час гінекологічної консультації пацієнтка й лікар різною мірою торкаються трьох сфер життя:

#### ***А. Біологічна/анатомо-фізіологічна сфера***

Пацієнтка звертається до жіночого лікаря (чоловіка або жінки) як до спеціаліста в галузі анатомії і фізіології статевих органів, який розуміється на їх патології та порушеннях функцій.

Лікар застосовує свої знання, проводить об'єктивний огляд, порівнює дані з патофізіологічним розумінням хвороби і, виходячи з цього розуміння, яке експериментально перевіряється і базується на причинних взаємозв'язках, ставить діагноз і приймає рішення про відповідну терапію (лікування). Отже, у цій сфері домінують природнонаукові пояснення явищ, однопричинний зв'язок, об'єктивні дані обстежень функціональною мовою і загальноприйняті спостереження і закономірності.

При цьому між пацієнткою і лікарем існує істотна різниця щодо рівня компетенції. Лікар призначає лікування відповідно до своїх знань та вмінь й існує залежність, яка вимагає від лікаря високого рівня відповідальності.

#### ***Б. Емоційно-особистісна сфера***

Під час гінекологічної консультації пацієнтка сподівається не тільки на професійні уміння лікаря, але й на те, що він сприйме її як

особистість – єдиною й унікальною. Пацієнтка сприймає прийом у лікаря як особисту зустріч і під час цієї зустрічі переживає різні почуття: виникають образи, думки, асоціації. В гінекології ці внутрішні уявлення належать до суб'єктивних переживань тіла, особливо статевих органів.

Для пацієнтки статеві органи пов'язані з її самооцінкою, сексуальною ідентичністю, сексуальними переживаннями, партнерством. Відносно цих органів тіла вона переживає багато різноманітних почуттів, таких як задоволення, бажання, почуття кохання, але також і почуття сорому і провини, відрази, розчарування, приниження і т. ін.

Лікар не може об'єктивно бачити такі феномени, їх не можна побачити або вирахувати, а можна розпізнати значною мірою інтуїтивно – відчути.

Тому в цій галузі спеціалістом є пацієнтка. Розказати про свої внутрішні переживання і суб'єктивне сприйняття – це виключно її компетенція. Це – її почуття і думки, які треба враховувати. Лікар при цьому – партнер, який бере участь, він виконує функцію чуйного слухача, співчутливого спостерігача, резонансу, підтвердження і підтримки.

### *В. Інтерактивно-соціальна сфера*

Пацієнтка приходить на гінекологічну консультацію і свідомо або несвідомо приносить з собою власну соціальну життєву ситуацію і досвід стосунків. Із статевими органами пов'язана репродуктивна функція і вона входить до різних фаз життя жінки (підлітковий вік, пологи і післяпологовий період, передменопауза, постменопауза, старість).

Кожна з цих життєвих фаз характеризується типовими завданнями розвитку і можливими конфліктами розвитку, які можуть переживатися як кризи. У кожній життєвій фазі трапляються також характерні зразки поведінки, відповідно — зміни і проблеми. Крім того, кожна життєва

фаза формується політичними й соціальними умовами, в яких живе ця жінка.

Лікар – це частина цього соціального оточення. Він соціальний інтеракційний партнер, який супроводжує пацієнтку, допомагаючи порадами. Він входить у її форму партнерства, сім'ї та соціальної групи. Багато запитань і проблем на прийомі стосуються соціального масштабу існування жінки, вони стосуються пов'язаних з цим шансів і труднощів, належать до можливостей розвитку, гальмування і пов'язаних з цим криз.

У цій сфері лікар і пацієнтка – партнери. Вони зустрічаються як особистості, між якими відбувається інтеракція. Тип цієї інтеракції може давати діагностичні вказівки на те, які форми подолання криз розвинула пацієнтка у своїх соціальних стосунках.

У цій сфері між пацієнткою і лікарем можлива соціально зумовлена різниця у силі. Лікар повинен проаналізувати її, і це знову ж таки вимагає від нього великої відповідальності.

#### *Пацієнт, лікар і сексуальність*

Тривалий період, коли успішно практикувалося «співробітництво» лікаря і пацієнта в уникненні сексуальних проблем, коли одні про це не запитували, а інші не говорили, але обидві сторони сподівалися, що правила гри будуть зберігатися, відходить в минуле. Все частіше трапляються пацієнти, які, долаючи свою сором'язливість, чекають від лікаря, перш за все від несексопатолога, якому вони довіряють, поради і допомоги у питаннях і проблемах сексуальності й партнерства. У цьому випадку, як правило, мова йде не про функції продовження роду, вагітності, бажання мати дітей або планування сім'ї. Саме досягнення сучасної репродукційної медицини в лікуванні безплідності і консультації в сфері запобігання вагітності викликали потребу звернути увагу і на непродуктивну соціально-комунікативну функцію сексуальності. Вона не може більше перебувати в тіні як «особиста сфера». Цьому сприяла також поява вірусу імунодефіциту (СНІДу/ВІЛ-інфекції) і зростання кількості венеричних захворювань. До

цього призводять також поглиблені уявлення про психосоматичні зв'язки або обставини здоров'я і хвороби. Вони дозволяють усвідомити саногенне або патогенне значення сексуального спілкування у стосунках партнерів і в цілому значення сексуальності з точки зору повноцінності життя.

Складність теми, відсутність сексуальної освіти (принаймні під час традиційного навчання) може викликати у лікаря страх, сумніви щодо власної компетентності, почуття невпевненості і надмірні вимоги, у тому числі й стосовно затрат часу. Чи вдається знайти правильний тон, подолати мовний бар'єр з обох боків, увійти в довіру до пацієнта, не примушуючи його до цього і не травмуючи його інтимний світ, і не дозволити собі ухилитися від теми загальними і такими, що не стосуються справи, міркуваннями тощо?

Для пацієнта тема також залишається делікатною. Тут мова йде не тільки про необхідну чуйність у ставленні до інтимної сфери. Пацієнти можуть також боятися «їх близькості» до цієї теми і тому шукати вихід із ситуації в органічній генезі своїх розладів, за які вони не «відповідають», і в яких вони самі нічого не можуть змінити. Прикриваючи їх всілякими страхами, хворі вимагають спрямованої на органи медикаментозної терапії, і чинять опір повному обстеженню. При цьому вони вилучають з кола обговорюваних проблем деякі аспекти взаємин, і стверджують: «сексуальність повинна існувати сама по собі» або «мене це не стосується», або «розлад пов'язаний виключно з моїм партнером».

*Деонтологічні правила* є дуже важливими в акушерсько-гінекологічній практиці. Вони мають певні особливості, зумовлені тим, що у своїй роботі лікарі вимушено торкаються інтимного життя своїх пацієнток, а отже, перед ними часто постає складна морально-етична проблема втручання у життя пацієнток з метою усунення причини захворювання чи полегшення його перебігу. Це пов'язано із ситуаціями, коли жінкам надають лікувально-профілактичну допомогу у зв'язку з вагітністю, пологами, а також при лікуванні гінекологічних захворювань. У зв'язку з цим завдання акушера-гінеколога не обмежуються вибором адекватних методів і засобів, скерованих на зміцнення здоров'я і лікування жінок, а й вимагає справляння

на них певного психологічного впливу і встановлення довірчих взаємин, у чому значну допомогу надає лікар-психолог.

Особливості роботи медичного психолога у пологових будинках полягають перш за все у розумінні психоемоційних змін, обумовлених вагітністю. Якщо при неускладненому перебігу вагітності зміни у психічному статусі (емоційна лабільність, заглиблення у свої почуття і думки, відчуття незахищеності, дратівливість) дуже помітні, бо за наявності коморбідних психічних захворювань до цих змін додається ще і певна симптоматика. Медичний психолог повинен своєчасно приділити увагу такій вагітній застосувати валідні скринінг-тести, що допоможуть виявити стан прихованої депресії, агресії, тривоги, психотичні стани. Це дасть змогу спільно з лікуючим лікарем призначити оптимальну коригуючу терапію.

В акушера-гінеколога постійна відповідальність за «два життя в одному» сприяє появі певних змін у взаєминах «лікар – пацієнт», які виявляються у надмірній опіці вагітними та у прийнятті на себе вирішення за них багатьох проблем. Також лікарі повинні, пам'ятати, що вагітні віддзеркалюють їхній настрій, бо ставляться до них, як до дуже вагомої значущої особи (рідного «батька» чи «матері»). Регресуючи, вагітні як маленькі діти починають переносити емоції лікаря на себе, вважаючи що ці емоції саме до них адресовані. Медичні психологи у співпраці з персоналом повинні зауважувати ці моменти, адже особистісні переживання не повинні переноситись на пацієнтів.

Враховуючи певну аутичність вагітних, особливо у третьому триместрі вагітності психотерапію з ними проводити важко. Підхід можна знайти за допомогою проєктивних методик, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, проводячи відкриті психотерапевтичні групи. Пацієнток слід добирати дуже уважно. Надмірно тривожних вагітних або з вираженим психотичним станом не слід залучати в групу, тому що вони можуть її дезорганізувати. Робота з такими пацієнтками повинна проводитись індивідуально та за необхідності поєднуватись з медикаментозною терапією.

Особливості роботи медичного психолога у гінекологічному відділенні. Медичному психологу слід приділяти особливу увагу самосприймання та самооцінці пацієнток, адже саме ці характеристики особистості найуразливіші, у першу чергу на момент усвідомлення жінкою діагнозу та осмислення ймовірних причин і наслідків захворювання. Знання про цю кореляцію допоможуть лікарям-гінекологам м'яко і делікатно повідомляти діагнози і пояснювати особливості перебігу хвороби та – особливо – прогнози щодо наслідків і ускладнень хвороби.

Як у пацієнток гінекологічного відділення, так і у вагітних жінок значно загострена потреба бути потрібною (чоловікові, рідним, близьким і навіть лікареві). Якщо жінка відчуває, що потрібна своєму лікареві, на якого вона проєктує свою жіночність і успішність на даний момент, це допомагає їй розкритися та сприяє ефективному лікуванню гінекологічної хвороби або неускладненому перебігу вагітності. Це пояснюється таким фізіологічним механізмом: при відчутті комфорту і довіри у людини починають вироблятися нейромедіатори (серотонін, дофамін), які опосередковано впливають на рівень окситоцину. Окситоцин, у свою чергу, посилює відчуття комфорту і захищеності, а у пологах сприяє нормальній пологовій активності, за принципом зворотного зв'язку виробляються серотонін і дофамін, знижується тривожність і депресивні прояви.

Тож професійна чуйність лікарів акушер-гінекологів і медичних психологів призведе до підвищення якості лікування жінок з гінекологічними хворобами, полегшить перебіг вагітності, а отже – сприятиме збільшенню народжуваності і зменшенню ускладнень, пов'язаних із вагітністю і пологами.

### ***Особливості роботи медичного психолога у клініці педіатрії***

Робота медичного психолога вимагає налагодження психологічного підходу до кожного пацієнта, однак саме у клініці педіатрії він повинен досягти повного прийняття та добитися повної довіри дитини. Після встановлення психологічного контакту медичний психолог повинен допомогти подолати страх і тривожність як самій дитині, так і її батькам.

Діти по-різному ставляться до хвороби і до перебування в лікарні. Досить часто суттєвого значення набуває не сама хвороба й викликане нею об'єктивне навантаження, а саме почуття і уявлення, зумовлені нею. У дітей до 6-річного віку досить часто спостерігаються фантастичні уявлення, навіяні переживанням страху. Найчастіше це спостерігається у дітей, яких лякали лікарем, уколами, або сварили чи били батьки. Такі діти сприймають хворобу як наслідок провини, а лікування – як покарання. Варто пам'ятати, що майже всі діти набагато краще сприймають уколи в руку, ніж у сідницю, оскільки остання нагадує їм про покарання та побої. Значно чутливіші діти і до всіх маніпуляцій, пов'язаних з прямою кишкою (операції, клізми, вимірювання температури).

Захворювання дитини – хвороба всієї родини. Саме тому можуть виникнути певні складнощі у зборі анамнезу. Поведінка батьків хворої дитини залежить від їх ставлення до неї, досвіду, набутого під час хвороби в інших дітей, у родичів. Найчастішою є реакція занепокоєння, стурбованість, страх. Це може стати проблемою, якщо батьки неправдиво інформують лікаря. На поведінку батьків також впливають попередні переживання (наприклад, смерть однієї дитини). У таких випадках лікарі досить часто зустрічаються з появою т. зв. «індукованого діагнозу». У поведінці батьків може спостерігатися й інша крайність, коли вони взагалі не звертають уваги на хворобу дитини. Причиною такої поведінки може стати повне заперечення хвороби дитини.

Працюючи з дітьми, треба завжди пам'ятати про зв'язок, що існує між матір'ю і дитиною. Саме тому серйозною проблемою стає відрив від матері дитини до 5-річного, а ще більше – до 3-річного віку. Відрив дитини від матері, незнайоме середовище, почуття, що її покинули, може спричинити як нестійкі, так і стійкі травми. У таких випадках йдеться про госпіталізм. Під час госпіталізації дитина може плакати, кричати, відмовляється відпустити матір або зло протестує проти всього і всіх. Боулбі і Робертсон описали три стадії гострого потрясіння під час госпіталізації. Перша – протест, який продовжується від кількох годин до кількох тижнів. Дитина голосно плаче,



занепокоєна, шукає матір, не хоче ні з ким говорити. Другий етап – відчай. Дитина монотонно, постійно або періодично плаче, кличе матір. Вона може замкнутися в собі. Іноді виникає депресивний стан. У третій стадії відбувається відділення, «відрив» від матері, який розглядається як заспокоєння. Дитина не відвертається від медсестри, грається з нею, часом байдуже зустрічає матір, не плаче. Однак після перебування в лікарні можуть виявитися стійкі наслідки психотравми: розлади сну, нічні страхи, тики, іпохондричні страхи, нічне нетримання сечі, калу, страх смерті, затримка розвитку або інші порушення, наприклад, впертість або заїкання, що виникли після операції. Іноді спостерігаються більш серйозні розлади поведінки і неврози.

Дитина не є дорослою людиною в мініатюрі. І якщо ми в повсякденному житті вимагаємо професійного підходу до всіх, хто пов'язаний з дітьми, займається ними, то ще в більшій мірі це стосується дитячого лікаря, дитячого психолога і медичних сестер, що працюють з дітьми. Спеціальних вузькопрофесійних знань часто не вистачає, особливо коли доводиться шукати рішення проблем в особливих умовах (наприклад, при психічних розладах у дітей). Хвора дитина більш піддатлива до різноманітних шкідливих впливів, ніж здорова. Це пов'язано з тим, що фізичне і психічне навантаження знижує здатність організму до захисту, до опору, робить дитину дуже чутливою. Вже тут треба особливо підкреслити важливість профілактичної діяльності, спрямованої на запобігання шкідливих впливів.

Психічні фактори мають дуже велике значення при соматичних захворюваннях. Хвороба вражає дитину не тільки фізично, вона завдає шкоди всьому духовному світу дитини. Фізичний і психічний фактор утворюють неподільну органічну єдність.

### ***Особливості роботи медичного психолога у клініці терапії***

Взаємозалежність і взаємовплив соматичних та психічних розладів потребує від медичного психолога у клініці виявити особливу наполегливість у пошуках відповіді на питання про походження захворювання. Адже коли з'ясовано причину його виникнення, зазвичай лікування дає швидкий

позитивний ефект, а без особистісного підходу, без врахування особливостей психічної організації пацієнта розраховувати на високоякісну діагностику під час соматичних захворювань не доводиться. Можливість застосування психокорекційних та психотерапевтичних методик може не лише позбавити пацієнта соматичних симптомів, а й – головне – вирішити задавлені психологічні проблеми та отримати можливість відкрити для себе нові можливості у соціальному, професійному та особистісному житті.

Окрім того, у терапевтичній практиці медичний психолог повинен допомогти лікареві виявити значущі для встановлення діагнозу факти з життя пацієнта, які він свідомо або несвідомо приховав від лікаря, пояснити сутність його хвороби та методів діагностики й лікування, підготувати пацієнта до проведення інструментальних досліджень, заспокоїти його, зняти тривожність, здійснити загальнолікарську психотерапію, що знімає у хворого зайву напругу, вселяє в нього надію на благополучне лікування.

### **Особливості роботи медичного психолога у клініці дерматології**

У зв'язку з тим, що на сьогодні виникла диспропорція між рівнем соматичного обстеження дерматологічного хворого і повнотою обстеження його особистості, духовного світу, відбувся розрив між лікувальним впливом на соматичну і психіку. Це значно погіршує прогноз багатьох дерматозів, особливо тих, морфологічні прояви хвороби яких незначні чи зовсім відсутні, а суб'єктивні відчуття викликають тривалі і болісні страждання. Адже будь-який хронічний дерматоз може істотно змінити особистість хворої людини. Окрім того, слід пам'ятати, що фізичні і моральні страждання, яких завдають хворим хронічні дерматози, створюють патологічний ґрунт для формування невротичних станів. Цим можна пояснити формування у значної частини дерматологічних пацієнтів гіпостенічної форми неврастенії, що виявляється різким зниженням працездатності, активної і пасивної уваги, статевої потенції, уповільненням психічних процесів, головними болями, пригніченим настроєм та ін.

Зважаючи на значну залежність між психічними розладами та шкірними захворюваннями, медичний психолог повинен з кожним пацієнтом провести

бесіду і пояснити йому ці взаємовпливи, та призначити і скерувати до гіпнотерапевта. а при можливості провести адекватну психотерапію та психологічну реабілітацію.

### ***Особливості роботи медичного психолога у стоматології***

Зростаюче значення психології для сучасної професійної діяльності, яка задовольняє не лише технічні, а перш за все етичні та соціальні вимоги, особливо помітне на прикладі профілактичної стоматології.

Якщо кілька десятиліть назад стоматолога вважали обдарованим медичним спеціалістом, який самостійно або, у кращому випадку, у співпраці з зубним техніком обмежувався відновленням функціональних здібностей і косметичної гармонії шляхом заміни втрачених зубів, то тепер під нього чекають все більших досягнень у галузі профілактики карієсу і пародонтозу.

Періодичні огляди, зняття каменя, постійне спрямування хворих до гігієни ротової порожнини, дисципліни харчування — це лише короткий перелік завдань стоматолога.

Якщо індивідуально орієнтоване пояснення використовувалось спочатку стоіатологом як кращий засіб пом'якшення страху у своїх жертв перед майбутнім «лікуванням», то тепер воно справедливо вважається обов'язком стоматолога, який повинен інформувати своїх пацієнтів про обов'язкові заплановані втручання, що разом із профілактичною мотивацією, є часто нелегким завданням, перш за все, у психологічному плані.

Усе частіше соматопсихічні відносини стають причиною розладів та органічних дисфункцій, у тому числі у стоматології та щелепно-лицьовій хірургії. Характерним для цієї ситуації в останні роки є не тільки зумовлене діагностикою збільшення кількості скарг щодо суглоба нижньої щелепи, але і найвідоміша з власного досвіду кожного практика непереносимості протезів.

Стоматологія, як визначають багато авторів, досягла того етапу у своєму розвитку, коли вона повинна більше звертатися до психічних факторів, ніж до технічних удосконалень. Це дало поштовх до підготовки так званих стоматопсихологів, які, маючи більші можливості, ніж їхні власне технічно навчені колеги, можуть більш дієво впливати як на здавна значиму проблему страху, так і на байдужість пацієнтів до гігієнічних та профілактичних заходів.

Ділянка рота і губ відноситься до інтимної сфери. Вона безпосередньо пов'язана з почуттями і навантажена позитивним або негативним афектом. Втручання тут сприймаються як досить особистісно близькі і знаходяться під вирішальним впливом стоматолога [1].

Психологічні дослідження показують, що зуби мають цінність сили, потенції. У широкому значенні вони є символом прикрашання і краси, яка виходить за межі анатомічної структури й органічних функцій [46]. Їх символічна цінність порівнюється з цінністю волосся на голові як ознаки здоров'я і досконалості, впливає на естетичне самосприйняття і пов'язане з цим психофізичне самопочуття [46].

Зубний дефект небезпечний для сучасної людини, в першу чергу, як втрата зовнішньої ознаки юності, бадьорості, догляду і здоров'я. Тому важлива жувальна функція, яка локалізується у менш помітних зонах бікусів і молярів, заслуговує на меншу увагу, ніж дефект передніх зубів.

Треба вважати психологічною проблемою те, що, не дивлячись на відносно високу цінність зубів і широку санпросвітряну роботу, яка проводиться засобами масової інформації, доводиться все ще у більшості хворих стимулювати волю до самодисципліни і простих засобів профілактики для збереження здоров'я ротової порожнини.

Проте, багаторічні зусилля профілактичної стоматології демонструють помітні успіхи, які, однак, можуть зберегтися і

покращитися лише при пробудженні відповідальності кожного за здоров'я своїх зубів, замість плати за лікування [45].

### *Прихід до стоматолога*

Прихід до стоматолога часто є стресогенною ситуацією, пов'язаною зі страхом очікування, напруженістю і вегетативною дистонією. А стоматологічна терапія, не дивлячись на такі широкі сьогоденні можливості подолання болю, усе ще сприймається деякими пацієнтами як щось хворобливе, а інколи — як агресивне.

Треба врахувати також, що хворі часто збираються до стоматолога з деяким почуттям провини, передбачаючи, що самі багато в чому винні у появі своїх страждань. Страх і почуття провини є, очевидно, найважливішими факторами, які ведуть до нехтування регулярними контрольними оглядами у лікаря.

Страх перед лікуванням зубів охоплює представників усіх прошарків і вікових груп населення і частково базується на застарілих уявленнях про стоматолога, як жахливого привида із знаряддями тортур, частково — на шокуючих спогадах контактів із стоматологом у дитинстві, і, не в останню чергу, на колективному архаїчному страхі, який психологічно демонструється, і який, не дивлячись на увесь прогрес у стоматології все ще є сюжетом карикатур і гумористичних журналів, які, на жаль, лише підтримують це почуття страху замість того, щоб знижувати його.

Сьогодні перебування на зуболікувальному кріслі, на якому пацієнт може прийняти зручну позу, що робить можливим будь-яке оптимальне лікування, все ж таки для деяких людей є стресогенною ситуацією. Інструментально зумовлені труднощі вербальної комунікації і фізична близькість до лікаря також є факторами, які викликають почуття беззахисності. Цей страх може виражатися у різноманітних формах реакції, наприклад таких, як втеча від лікування або перенесення консультацій, агресія, фізичний опір. Страх може паралізуюче впливати на різноманітні психічні функції у формі,

наприклад, ступора, який маніфестується непослабним напруженням, що зобов'язує до пошуку причин, які за цим стоять.

Оформлення та оснащення лікувальних приміщень має істотне значення для процесу лікування. Красивий інтер'єр, затишна обстановка, тиха музика створюють заспокійливу і розслабляючу атмосферу. Використання монохроматичних кольорів для фарбування стін діє заспокійливо, а дратуючі візерунки або надто яскраві кольори можуть викликати у пацієнтів занепокоєння. Необхідно також продумати умеблювання та освітлення лікувальних кабінетів, враховуючи, що пацієнт під час лікування лежить і дивиться на стелю.

Асистентка лікаря (медсестра) – це перша ланка, яка єднає лікаря і пацієнта. Вона має за допомогою спокійної, довірливої і терплячої розмови зняти напруження з пацієнта. Її присутність повинна відчуватися до кінця прийому, а в кращому випадку — стати її передумовою для наступного візиту до лікаря [46].

Практичною умовою того, щоб перша розмова стала успішною, є достатня кількість часу, візуальний контакт та уважне вислуховування пацієнта. Емоційне тепло і співчуття можуть передаватися і несловесними знаками, як, наприклад, кивок головою, співчутливий погляд або співчутливий вираз обличчя. Для того, щоб зрозуміти стан хворого, необхідно звертати увагу на такі буденні ознаки, як звучання голосу, характер спілкування або стан рук (сухі або волого-холодні). Чуйне сприйняття (емпатія) має значення для розуміння відчуттів хворого навіть тоді, коли вони відрізняються від власних, а з цим тісно пов'язане позитивне ставлення до пацієнта [46]. Вступні запитання, які підводять до специфічної проблематики, що зумовила похід до лікаря, і які стосуються віку, перенесених захворювань, дають уявлення про психічний і органічний стан пацієнта і дозволяють, з одного боку, уникати крайніх випадків, а з іншого, сприяти покращенню характеристик його особистості. Необхідний на це час окупиться за рахунок більш розслабленої і доступної для лікування позиції пацієнта.

Якщо останньому потрібен великий об'єм терапії, рекомендується скласти план лікування, у якому повинна враховуватися соціальна і психічна ситуація хворого, його потреби та фінансові можливості.

Зрештою, для успіху лікування не можна недооцінювати власне самопочуття лікаря, оскільки важливим фактором, який впливає на його діяльність, є його фізичний і психічний стан. Крім професійної ручної роботи, яка вимагає зосередження в дуже малому просторі в ускладнених умовах, зубний лікар змушений знаходитись у тісному контакті з пацієнтом, який відчуває страх і напруження.

Тому не дивно, що зубний лікар інколи повинен сам угамовувати свої відчуття. Інколи це призводить до алекситимії (нездатності людини до емоційних резонансів) з метою захисту від психічних перевантажень [45]. Від цього страждають не тільки пацієнти, але і члени його родини, колеги.

### *Лікування зубів*

Медична маніпуляція у ротовій порожнині означає втручання в особливо психологічно чутливу зону. Близький контакт обличчям до обличчя може у вразливих осіб викликати інколи відчуття зондування сумління до глибини душі, або немилосердного розкриття найпотаємніших почуттів. Часто хворий насторожено чекає докорів за зневажання своїх зубів і відповідних нотацій, що у нього може викликати почуття маленької дитини, яку упіймали на пустощах і висварили, наслідком чого може бути протест. Через відсутність достатніх знань про різноманітну психологічну, психосоматичну і соціально-медичну проблематику ще дуже багато стоматологів застосовують, на жаль, у своїй безпорадності звичайні репресивні або авторитарні методи, які підтримуються міфом компетентності і особливих лікувальних здібностей, що все ще супроводжує білий халат лікаря. Якщо психологічні та психотерапевтичні знання не приводять до мети, то необхідна комбінація з психофармакологічною терапією.

На щастя, більшість стоматологічних пацієнтів, завдяки кращому знанню проблем стоматології з одного боку, і зусиллям стоматологів у досягненні обопільних партнерських відносин, з іншого боку, спроможні самостійно подолати свій страх. У більшості випадків лікування як мотивація до профілактичних заходів, здійснюється без особливих труднощів. Проте є окремі групи хворих, які ставлять підвищені вимоги до психологічної емпатії зубного лікаря. Сюди, разом з дітьми, підлітками з їх специфічною піковою лабільністю і вразливістю, відносяться, насамперед, невротики з їх неусвідомленими страхами і не переробленими конфліктами [41]. Ще однією групою є люди похилого віку та інваліди, які покладають додаткові обов'язки на стоматолога внаслідок своїх соціальних і медичних проблем.

Воно починається під час вагітності при поясненні матерям або обом батькам можливості запобігання псуванню зубів. Установки батьків щодо стоматологічних проблем істотно впливають на відповідну поведінку дитини. Переживання дитинства, пов'язані з відвідуванням стоматолога, багато в чому відповідають за наступну інтенсивність страху і опору, і одного боку, або розуміння і співпраці – з іншого боку.

Стоматолог має усвідомлювати, що взагалі лікування зубів у дітей означає стресове переживання, інтенсивність якого залежить від збудливості маленьких пацієнтів. Діти схильні до того, щоб проектувати на ситуацію лікування свої особисті проблеми і страхи. Тому важливо мати уявлення про сімейне середовище. Діти в значно більшій мірі сприймають і стоматологічне лікування як конфліктну ситуацію, до якої їх втягнули проти волі, і в якій вони не можуть опиратися безкарно. Дитина бачить себе перед проблемою, яка не має задовільного вирішення [38].

Оточення в приймальні також не завжди відповідає психічній і віковій ситуації дитини, якщо відсутні адекватні віку матеріали для читання, іграшки для відволікання і зняття страху.



Особливо важливою є поведінка батьків, що супроводжують дітей. Разом із страхом дитини вони часто переживають свій власний страх, який ніколи не можуть подолати до кінця. Тому батьки перебувають у такому стані, коли не можуть правильно втішити або відволікти дітей і попередити дитячі прояви страху: категоричну відмову зайти до приймальні, відкрити рот, плач, крики, спроби вирватись. Причини такої впертої поведінки, яка може спостерігатися і без попереднього досвіду відвідування стоматолога, ще не мають достатнього пояснення. Помічено, що дівчатка демонструють більш виражений страх, ніж хлопчики.

Якщо дитині потрібно лікувати зуби, позиція батьків, братів, сестер або друзів має вирішальне значення. Їх боягузлива поведінка або установки можуть стати зразком для «соціальної імітації» і викликати страх поза наявністю власного травматичного досвіду. Особи, що супроводжують дитину, які прийшли з найкращими намірами, часто виявляються швидше тягарем, ніж допомогою, – їх потрібно тримати подалі від кабінету.

З досвіду відомо, що істотно полегшується подальше лікування, коли дитині без потреби власної терапії доводиться супроводжувати когось із батьків для лікування у стоматолога. Таким чином вона поступово знайомиться з такою ситуацією без одночасного набуття хворобливого досвіду.

Слід інколи використовувати як союзника проти страху принесеного з собою плюшевого ведмедика або улюблену ляльку. Візит до лікаря повинен проходити, від привітання до прощання, за твердими правилами. Розподіл лікування на окремі етапи, що проводяться завжди в одній і тій же послідовності, повинні пояснюватися дитині зрозумілою для неї мовою. Це надасть маленькому пацієнту більше впевненості у тому, що він буде зустрічатися лише з чимось знайомим.

За допомогою коротких пауз (полоскання, наповнення склянки) ми повинні іти назустріч його бажанню рухатись і прагнути до того, щоб

кожний сеанс терапії завершувався маленьким, але відчуттям успіху, який збільшує довіру.

Знервованість, невпевненість і поспіх роблять дітей неспокійними, боягузливими і агресивними. Дружній, упевнений вигляд з відповідною мімікою і контролем голосу є незамінним для успішного лікування. Дитину як пацієнта треба переконати у тому, що вона є центром діяльності і головним партнером.

Хірургічна корекція стану зубів висуває перед дитиною набагато більші вимоги, ніж консервативне лікування, оскільки в результаті дефектного стану зубів або використання апаратури вона часто страждає від почуття власної неповноцінності. Виявлені психосоматичні аспекти щелепно-ортопедії все ще, на жаль, стосуються переважно технічно орієнтованого лікування. За дефектами формування щелепи у дитини можуть стояти фактори, пов'язані зі спадковістю, невирішеними конфліктами особистості та труднощами соціальної адаптації, які, як це уже доведено, впливають із ранніх порушень стосунків між матір'ю та дитиною.

Порушення у сфері слуху, голосу і мовлення внаслідок нервово-м'язових дисфункцій вимагають від лікаря особливих психологічних і комунікативних здібностей. Лікування треба проводити лише у межах колективної роботи логопедів, фізіотерапевтів, ортопедів, батьків і самих дітей.

## **РОЗДІЛ 3. Психологічна діагностика в клініці**

### **3.1. Методи дослідження в клінічній психології**

Вибір методів дослідження, які можуть використовувати клінічні психологи та студенти-практиканти, здійснюється в залежності від цілей психологічного обстеження; індивідуальних особливостей психічного, а також соматичного стану досліджуваного; його віку, професії та рівня освіти.

В клінічній психології використовується широкий вибір діагностичних методів дослідження. Для того, щоб дані були ефективними, необхідно застосовувати їх адекватно. На озброєнні медичних психологів є безліч експериментальних методик, з допомогою яких досліджуються особливості психічних процесів і станів.

Як відомо, експериментально-психологічні методики дослідження особистості поділяються на словесні (вербальні) і предметні (невербальні). Але поділ цей є умовний, бо, навіть користуючись невербальною методикою, психолог, як правило, не обмежується реєстрацією отриманих результатів, а шляхом розпитування намагається з'ясувати у хворого мотиви, якими він керувався, виконуючи завдання, цікавиться роздумами хворого з приводу виконуваної ним в процесі обстеження роботи. Крім того, слід враховувати, що у виконанні завдань по невербальних методиках постійно присутня система процесів внутрішньої мови обстежуваного.

Розподіл методик у відповідності з їх направленістю на дослідження тієї чи іншої психічної функції також є умовним. Як правило, більшість методик свідчать своїми результатами про стан кількох функцій. Більшість методик, що застосовуються у медичній психології, наділені широким діапазоном. Неможливо обмежено досліджувати лише пам'ять, лише увагу, лише мислення.

З іншого боку, існують групи методик, які мають спільну направленість. Так, особливості перебігу асоціацій виявляються при дослідженні методиками класифікації, виключення в асоціативному експерименті, в піктограмах.

Один і той же психічний дефект виявляється при дослідженні різноманітних прояві психічної діяльності обстежуваного, наприклад, підвищена виснаженість визначається при дослідженні таблицями Шульте, Крепеліну, в коректурній пробі, при утворенні аналогій і т.п.

Отже, із сказаного випливає два принципи підбору експериментально-психологічних методик. Це, по-перше, поєднання методик, які дозволять більш повно і всебічно досліджувати будь-які прояви психічної діяльності.

По-друге, поєднання близьких за направленістю методик дозволяє судити про достовірність та надійність отриманих результатів. Дані, що одержуються в клініко-психологічному обстеженні з допомогою однієї методики, завжди необхідно підтвердити результатами інших методик.

У цьому розділі пропонуються найбільш поширені в клінічній психології методи і методики психологічної діагностики, які можуть бути використані як психологами, так і студентами під час проходження медико-діагностичної практики.

### ***Метод анамнезу.***

*Анамнез* – це сукупність даних, що збираються від хворого для встановлення діагнозу і прогнозу. Медичний анамнез включає розпитування про прояви і перебіг хвороби, а також про минуле хворого.

*Психологічний анамнез* відрізняється від медичного тим, що його завданням є отримання від хворого даних для оцінки його особистості як системи ставлення до самого себе і, особливо, ставлення до хвороби і оцінки того, наскільки хвороба змінила всю цю систему. Психологічний анамнез ділиться на анамнез хвороби і анамнез життя.

*Психологічний анамнез хвороби.* Ця частина анамнезу складається з вислуховування скарг хворого і розпитування про вплив хвороби на різноманітні його стосунки.

*Опитування про вплив хвороби на взаємини хворого доповнює вислуховування скарг.* Це опитування стосується двох основних сфер стосунків-виробничої та сімейної, включаючи особисто-інтимну. Слід з'ясувати, як хвороба впливає на працездатність хворого, на його службове становище, заробіток, стосунки із співробітниками, чи є загроза погіршення робочого статусу.

Для пенсіонерів та непрацюючих все це ж стосується їх обов'язків в сім'ї, а для тих хто навчається – навчання та перспектив на майбутнє.

Сфера сімейних стосунків також може змінюватись під дією хвороби, якщо захворювання відбивається на статусі хворого. Як правило, гармонійну

сім'ю важка хвороба одного з її членів згуртовує, негармонійну – штовхає до розладу.

Якщо пацієнтом є молода людина, яка ще не має своєї сім'ї, необхідно з'ясувати, як хвороба відбилась на взаєминах з друзями, ровесниками протилежної статі і як хворий дивиться у зв'язку з цим на самого себе і на свої перспективи.

#### *Психологічний анамнез життя.*

Включає в себе розпитування хворого за наступними темами: 1) перенесені в минулому хвороби і реакція на них; 2) професійний шлях і діяльність, задоволеність ними; 3) розвиток сімейних та інтимних стосунків; 4) взаємини з безпосереднім оточенням поза сім'єю; 5) найбільш важкі події минулого та реакція на них.

#### **Методи збору психологічного анамнезу.**

*Можна використовувати різні методи збору психологічного анамнезу.*

1. *Вільна, невимушена бесіда з хворим*, підсумки якої опісля оформляються у вигляді неформалізованого текстуального запису, де відмічається те, що визнається найбільш важливим. Цей запис долучається до історії хвороби. *Перевага* цього методу: дає можливість встановити з хворим кращий неформальний контакт і отримати від нього найбільш повну інформацію з важливих у даному випадку питань.

*Недолік* – недоступність безпосередньої формалізованої обробки і будь-якої квантифікації даних.

Цей метод здебільшого задовольняє потреби практичної роботи медичного психолога. Його можна вважати найкращим для індивідуальної роботи з хворим.

2. *Формалізована карта-схема, яка вручається хворому з проханням* самостійно заповнити всі графи, де даються готові відповіді на вибір, а іноді пропонується додати щось за власним бажанням. *Перевага* цього методу – доступність подальшої формалізованої обробки і економія робочого часу дослідника. *Недолік* – відсутність безпосереднього контакту з хворим,

внаслідок чого знижується якість і точність відповідей, і, головне, неможливим є спостереження за тим, яку реакцію у хворого викликають різні питання. Як правило, даний метод використовують при необхідності швидко обстежити значну кількість хворих.

3. *Формалізована карта-схема, яку заповнює сам психолог* під час бесіди з хворим. Цей метод займає проміжне місце між першими двома і переймає від кожного як деякі переваги, так і певні недоліки. З хворим встановлюється безпосередній контакт під час опитування, але заповнювання в цей час карти безперечно формалізує бесіду і заважає неформальному емоційному контакту, що може відбитись на відповідях хворого.

4. *Вільна невимушена бесіда з хворим з подальшим заповненням формалізованої карти і одночасно з нею коротким текстуальним записом для історії хвороби.* Цей метод – найкращий з усіх, єдиний недолік – він вимагає великої затрати робочого часу.

Розпитування про хворого у інших осіб, що добре знають хворого чи обставини його захворювання умовно називають **об'єктивним анамнезом**.

Цими особами, як правило, бувають рідні та близькі, іноді співробітники та сусіди, для учнів – вчителі.

Потреба в об'єктивному психологічному анамнезі найчастіше буває при нервово-психічних захворюваннях, а також при хронічних соматичних хворобах, у розвитку яких психогенні і соціопсихологічні фактори відіграють особливо важливу роль. Об'єктивний анамнез збирається в основному за тією ж схемою, що й анамнез від самого хворого. Спочатку надається можливість опитуваному вільно висловити все, що він сам хоче сказати про хворого і його хворобу. Після цього найбільшу увагу слід приділити даним, отриманим від хворого, які лишились не уточненими, неясними чи викликали сумнів і їх достовірності.

**Психологічний катамнез** – це один з методів верифікації психологічної діагностики шляхом повторного збору даних про хворого через певний проміжок часу – як правило, це після проведення курсу лікування, після виписки хворого з лікарні і т.п. Катамнез використовується в медицині для

перевірки правильності встановленого діагнозу і визначення окремих результатів лікування.

При зборі психологічного катамнезу мають бути чітко сформульовані задачі, які ставляться, і відповідно до них розроблена *катамнестична карта*. Матеріалом для катамнезу можуть бути документація лікувальних установ, опитування хворих, а у випадку потреби – проведення повторних психологічних досліджень.

**Метод спостереження.** Метод спостереження за поведінкою хворого є досить давнім методом психологічного дослідження, який зберігає первозначне місце в медичній психології. Головна його *перевага* полягає в тому, що він найбільше дозволяє побачити поведінку хворого в усій широті її прояву. Недоліки методу спостереження в тому, що він вимагає багато робочого часу, а результати ще більш, ніж при інших методах психодіагностики, залежать від досвіду дослідника і його спостережливості.

**R. B. Cattell** виділив *основні правила*, яких слід дотримуватись під час психологічного спостереження:

- *спостереження* повинне бути максимально тривалим, щоб була змога побачити хворого у тих ситуаціях, де можуть розкритись особливості його психічного стану і риси особистості. До цих ситуацій належать: 1) огляд хворого спеціалістами, від заключення яких залежить його доля; 2) підготовка і проведення болючих чи відповідальних процедур; 3) у стаціонарних хворих – побачення з рідними та близькими; 4) обстановка спілкування з іншими хворими, особливо з тими, хто хворіє на таке ж чи подібне захворювання; 5) моменти, коли хворий визнає чи стає безпосереднім свідком несприятливого прогнозу у інших хворих на аналогічне захворювання;

- *спостереження* вимагає особливої об'єктивності з боку самого спостерігача;

- *спостереження* як метод психодіагностики починається з першого контакту з хворим. Як правило, це відбувається під час збирання психологічного анамнезу.

*Запис результатів спостереження* може здійснюватись двома основними способами. Як і при збиранні анамнезу, запис можна здійснювати „вільним текстом”, неформалізовано, чи відмічати на спеціально розроблених картах і схемах.

Хоча психологічне спостереження за хворим повинне бути по можливості малопомітним і ненав'язливим, воно ні в якому разі не повинно бути таємним, – це не допустимо з етичних міркувань.

### **3.2. Діагностика пізнавальних процесів**

#### ***Діагностика порушень уваги***

Для підтвердження розладів уваги, що виявляються клінічно, найбільш адекватними патопсихологічними методиками є оцінка уваги за таблицями Шульте, за результатами проведення коректурної проби і рахунки за Крепеліном.

**Таблиці Шульте** являють собою набір цифр (від 1 до 25), розташованих у випадковому порядку в клітинках. Досліджуваний повинний показати і назвати в заданій послідовності (як правило, що зростає від одиниці до двадцяти п'яти) усі цифри. Досліджуваному пропонується підряд чотири-п'ять неідентичних таблиць Шульте, у яких цифри розташовані в різному порядку. Психолог реєструє час, витрачений досліджуваним на вказування і називання всього ряду цифр у кожній таблиці окремо. Відзначаються наступні показники: 1) перевищення нормативного (40-50 секунд) часу, витраченого на вказування і називання ряду цифр у таблицях; 2) динаміка тимчасових показників у процесі обстеження по всім п'ятьох таблицях.

#### **Таблиці Шульте**

1.

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11



23	2	25	3	13
19	15	17	12	4

2.

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

3.

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
23	12	24	16	4
8	15	2	10	22

4.

21	12	7	1	2
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

За результатами даного тесту можливі наступні висновки про характеристики уваги досліджуваного:

*Увага концентрується достатньо* — у випадку, якщо на кожну з таблиць Шульте досліджуваний затрачає час, що відповідає нормативному.

*Увага концентрується недостатньо* — у випадку, якщо на кожну з таблиць Шульте досліджуваний затрачає час, що перевищує нормативний.

*Увага стійка* — у випадку, якщо не відзначається значних тимчасових відмінностей при підрахунку цифр у кожній з чотирьох-п'яти таблиць.

*Увага нестійка* — у випадку, якщо відзначаються значні коливання результатів за даними таблиць без тенденції до збільшення часу, витраченого на кожну наступну таблицю.

*Увага, що виснажується* — у випадку, якщо відзначається тенденція до збільшення часу, затрачуваного досліджуваним на кожну наступну таблицю.

Методика **“Рахунок за Крепеліном”** використовується для дослідження стомлюваності. Методика **“Рахунок за Крепеліном”**, запропонована Е.Крепеліном у 1895 р., призначалась для дослідження вольових зусиль і втомлюваності. В даний час вона має більш широке застосування і її можна використовувати для вивчення уваги (стійкості та переключення), розумової працездатності та психічного темпу.

Обстежуваному дають бланк таблиці Крепеліна (*Додаток № 1*).

Інструкція: „Додавайте пари однозначних цифр надрукованих одна під одною, і під ними записується результат додавання. Працюйте швидко, намагайтесь не допускати помилок.”

Хворого попереджують про те, що він повинен проводити додавання в кожному рядку до того часу, поки експериментатор не скаже: “Стоп! Переходьте до наступного рядка”. Експериментатор дає такий сигнал через кожні 20 сек. Протокол вести не обов’язково.

Відмічаючи, скільки правильних додавань виконав хворий і скільки допустив помилок за кожні 20 сек., можна відмітити наявність чи відсутність виснаження уваги і зниження працездатності навіть при такому малому навантаженні.

Методика дозволяє отримати коефіцієнт працездатності (Коефіцієнт працездатності). Коефіцієнт працездатності =  $S_2 \setminus S_1$ , де  $S_2$  – сума правильно виконаних додавань останніх 4-х рядків. Якщо відношення між ними наближається до одиниці, то це означає, що втомлюваності майже немає.

Хворі з різними нервово-психічними захворюваннями мають свої особливості виконання таблиці Крепеліна:

- *при органічних захворюваннях головного мозку* (травми, судинні захворювання, запальні процеси, пухлини) – невисока продуктивність,

виснаженість уваги, зниження працездатності при невеликих навантаженнях, наявність помилок;

- *при неврозах* виконання має нерівномірний, пікоподібний характер, помилок допускається мало, продуктивність може бути достатньою (тобто наближатись до норми), але з тенденцією до виснаження. Про виснаження і зниження працездатності свідчать нерівномірний темп виконання, але тенденція до виснаження не так різко виражена, як у хворих органічними захворюваннями мозку;
- *при шизофренії з апато-абулічним синдромом* хворі показують вкрай низьку працездатність (2-4 додавання у кожному рядку). Можлива наявність помилок без тенденції до виснаження. При виконанні даної методики хворі цієї групи потребують спонукання, так як ніякого інтересу до роботи не виявляють.

При проведенні *коректурної проби* (Додаток № 2) використовуються спеціальні бланки, на яких приведений ряд букв, розташованих у випадковому порядку. Інструкція передбачає закреслювання досліджуваними однієї чи двох букв на вибір дослідника. При цьому через кожні 30 чи 60 секунд він робить оцінки в тому місці таблиці, де в цей час знаходиться олівець досліджуваного, а також реєструє час, витрачений на виконання всього завдання.

Інтерпретація та ж, що і при оцінці результатів по таблицях Шульте. Нормативні дані по коректурній пробі: 6-8 хвилин при 15 помилках.

**Методика Мюнстерберга** призначена для визначення вибірковості уваги. Вона являє собою буквений текст, серед якого є слова. Задача досліджуваного якнайшвидше зчитуючи текст, підкреслити ці слова. На роботу приділяється дві хвилини. Реєструється кількість виділених слів і кількість помилок (пропущених чи неправильно виділених слів).

### **Методика Мюнстерберга**

---

*Бсолнцевтргщоцрайонзшгучновостъьъхъьгчяфактъуэкзаментрочагш  
щццкпрокуроргурстабеютеорияентоджеубъамхоккейтруицыфцуигах*

*елевизорболдэжцэхюэлгцбпамятьшоогхеюжспждрегцхнздвосприятие  
йцукенгишизхъвафыпролдблюбовъавыфрплосдспектаклььячсимтьбюн  
бюерадостьвуфциеждлоррпнародилдэжхэшицгиернкуыфйишрепортаж  
ждорлафывюефбьконкурсифныувскапрличностьзжэьеюдишцглоджин  
эпрлаваниедтгокэзбытрдишцжнпркывкомедияшлдкуивотчаяниефрлнь  
ячвтдэжэхъафтасенлабораторияшидициптуркуцтришчтлроснованиязхфьб  
щдэркентаопрукгвсмтрпсихиатрияблмочыйфясмтицзаяцэьлкгитэхтм*

---

Порушення уваги не є специфічними для якихось психічних захворювань, типів психічного реагування, рівнів психічних розладів. Однак, можна відзначити специфіку їхніх змін при різній психічній патології. Так, найбільш яскраво вони представлені в структурі екзогенно-органічного типу психічного реагування, виявляючись порушеннями концентрації і стійкості уваги, швидкою втратою сили, труднощами переключення уваги. Подібні порушення зустрічаються при неврозах. У рамках ендогенного типу психічного реагування порушення уваги не є визначальними (як правило, вони або відсутні, або є вторинними стосовно інших психопатологічних феноменів). Незважаючи на це існують дані (Е.Крепелін) про те, що при шизофренії характерними виявляються порушення активної уваги при збереженні пасивної. Це відрізняє пацієнтів із шизофренією від хворих з екзогенно-органічними і невротичними психічними розладами.

Хворі шизофренією зовні неуважні і розсіяні, можуть добре сприймати усе, що відбувається навколо, вихоплюючи випадкові деталі, і в той же час їм рідко вдається активно направляти і довгостроково утримувати увагу на якому-небудь заздалегідь зазначеному об'єкті. Унаслідок цього, по співвідношенню схоронності в пацієнта активної і пасивної уваги можна побічно визначити тип психічного реагування. Крім того, у хворих шизофренією порушений механізм фільтрації, що можна помітити в експериментах на стійкість до перешкод (наприклад, у методиці Мюнстерберга).

Порушення уваги типові для соматичних захворювань, що супроводжуються вираженим болючим синдромом і іншими яскравими клінічними проявами. Найбільше часто розлад уваги відзначаються в хворих з патологією центральної нервової системи, церебральним атеросклерозом, гіпертонічною хворобою й іншими захворюваннями, що супроводжуються загально-мозковими явищами (наприклад, при нейроінтоксикаціях).

### *Діагностика порушень пам'яті*

Необхідність підтвердження розладів пам'яті, що клінічно виявляються, виникає в тих випадках, коли вони виражені чи коли пацієнт скаржиться на зниження пам'яті. Найбільше часто для оцінки мнестичних порушень використовується **методика запам'ятовування 10 слів**. Вона спрямована на вивчення здатності до безпосереднього короткострокового чи довгострокового, довільного і мимовільного запам'ятовування. Обстежуваному зачитують десять слів, підібраних так, щоб між ними було важко встановити які-небудь значеннєві відносини (наприклад: гора, голка, троянда, кішка, годинник, вино, пальто, книга, вікно, пила). Безпосередньо після зачитування, а також через годину після нього досліджуваному пропонується відтворити ці слова в будь-якому порядку. Причому після запам'ятовування подібна процедура повторюється 4-5 разів підряд. Відзначаються наступні показники: 1) кількість відтворених слів; 2) кількісну динаміку відтворених слів (крива довільного запам'ятовування).

Обстежуваному дається інструкція: “Я зараз прочитаю 10 слів. Слухайте уважно. Коли я закінчу читати, повторіть слова, що запам'ятали у будь-якому порядку”. Експериментатор читає слова повільно і чітко. У протоколі він відзначає хрестиком чи цифрою порядок і точність відтворення слів після кожного пред'явлення. (Порядок відтворення слів може бути інформативним при аналізі способу матеріалу, що запам'ятовується.) Іноді хворі називають зайві слова, що також відзначається експериментатором у протоколі.

## Протокол заняття

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

*Дослідження пам'яті за допомогою методики заучування слів*

Спроби	Порядок представлення слів									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
Загальна кількість відтворених слів										

За результатами даного тесту можливі наступні висновки про характеристики пам'яті досліджуваного:

*Безпосереднє запам'ятовування не порушене* — у випадках, коли досліджуваний безпосередньо після зачитування йому десяти слів відтворює в чотирьох-п'ятьох спробах не менш 7 слів.

*Безпосереднє запам'ятовування порушене* — у випадках, коли досліджуваний безпосередньо після зачитування йому десяти слів відтворює менш 7 слів. Чим менше кількість слів удається досліджуваному відтворити, тим більше вираженими визнаються порушення безпосереднього запам'ятовування.

*Довгострокова пам'ять не порушена* — у випадках, коли через годину без попереднього попередження досліджуваний відтворює не менш 7 слів, що призначалися для запам'ятовування.

*Довгострокова пам'ять знижена* — у випадках, коли через годину без попереднього попередження досліджуваний відтворює менш 7 слів, що призначалися для запам'ятовування.

### *Метод піктограм\**

Методика “**Піктограми**” запропонована Л.С.Виготським і служить одним із методів діагностики опосередкованого запам'ятовування.

**ПІКТОГРАМА** – образ, створений обстежуваним для опосередкованого запам'ятовування. Таким чином, з допомогою методики піктограм ми вивчаємо самостійну мислительну продукцію хворих.

Досліджуваному пропонується два набори слів (по 12 в кожному), листок чистого паперу, олівець. Спочатку пропонуються слова конкретного змісту, а потім, переконавшись, що досліджуваному доступне виконання завдання, переходять до абстрактних слів.

Хворого попереджують, що якість малюнка ролі не грає.

**Інструкція:** запам'ятайте дані слова. Для полегшення запам'ятовування

\* Див. також “Порушення мислення”.

робіть на папері замальовки до кожного слова, але писати чи позначати його буквами не можна. Дозволяється намалювати який-небудь малюнок, що нагадав би назване слово.

*Наприклад:*

	<b>Слова конкретної серії</b>	<b>Слова абстрактної серії</b>
<b>1</b>	Теплий вечір	Дружба
<b>2</b>	Смачний обід	Ворожнеча
<b>3</b>	Багатство	Голодна дитина
<b>4</b>	Справедливість	Хвора жінка
<b>5</b>	Мрія	Сміливий вчинок
<b>6</b>	Страх	Розум
<b>7</b>	Темна ніч	Беззубий дід
<b>8</b>	Очікування	Нудьга
<b>9</b>	Космос	Щастя
<b>10</b>	Надія	Любов
<b>11</b>	Сила	Сумнів
<b>12</b>	Снігова буря	Перемога

По мірі виконання завдання (замальовок) експериментатор робить замітки в протоколі про висловлювання чи пояснення досліджуваного. Через годину просять досліджуваного пригадати за малюнками названі слова. Дозволяється вибірково пригадати слова і записати їх під малюнком. У досліджуваного з'ясовують, як допоміг йому малюнок запам'ятати слова. Піктограма застосовується для обстеження дорослих з освітою не менше 7 класів і дітей середнього та старшого віку.

При нормальному розвитку прийом опосередкованого запам'ятовування полегшує і утримання, і відтворення заданих слів. Якщо респондент погано заучує 10 слів, але набагато краще відтворює в піктограмі, це свідчить про органічну слабкість пам'яті при збереженості можливості логічно зв'язати заданий матеріал. Зворотні співвідношення зустрічаються у хворих з порушенням цілеспрямованості мислення (у випадках шизофренії і системних ураженнях мозку опосередковані зв'язки тільки заважають запам'ятовуванню, викликають зовнішнє гальмування).

В залежності від того, який символ використовував досліджуваний для запам'ятовування слова, можна зробити висновок не тільки про опосередковане запам'ятовування, але і про характер асоціацій. Хворі з інтелектуальною недостатністю органічного генезу і олігофренією легкої степені простіше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту (веселе свято і т.д.) і відчують труднощі при позначенні абстрактних слів (сумнів і т.д.), спостерігається конкретність, відсутність умовності. У хворих епілепсією зміст малюнків має яскраво виражений егоцентричний характер. Піктограми хворих шизофренією часто позбавлені предметного змісту, псевдо абстрактні (стрілки, математичні знаки і т.д.), а інколи парадоксальні, стереотипні.

Розлади пам'яті, як і розлади уваги частіше входять у структуру екзогенно-органічного типу психічного реагування. Нерідко вони супроводжують невротичні порушення.

Для астеничних станів різного генеза (частіше соматичного) типовими виявляються явища виснаження і ослаблення здатності до



запам'ятовування до кінця дослідження. При олігофренії спостерігається рівномірне зниження безпосередньої й оперативної пам'яті. При деменції в літньому віці, як правило, порушується механічна й асоціативна пам'ять, різко виражені розлади запам'ятовування. Для шизофренії мнестичні порушення не типові. Гіпермнезії типові для маніакальних станів.

### ***Діагностика порушень сприйняття***

Порушення сприйняття в меншому ступені, чим психічні розлади інших сфер психічної діяльності піддаються патопсихологічній верифікації. Це зв'язано значною мірою із суб'єктивним характером відхилень сприйняття. Внаслідок цього патопсихологічне дослідження даної психічної сфери спрямовано, у першу чергу, на виявлення прихованих розладів, переклад їх у явні, котрі можна зафіксувати іншими способами. Такими методами є запропоновані *проби Ашафенбурга, Рейхардта, Ліпмана*.

*При пробі Ашафенбурга* досліджуваному пропонується розмовляти по телефону, що попередньо відключений від мережі. *При пробі Рейхардта* досліджуваному пред'являється чистий лист паперу і пропонується розглянути те, що на ньому намальоване. *При пробі Ліпмана* після натиснення на віка досліджуваному пропонується сказати, що він бачить. Усі перераховані вище проби спрямовані на те, щоб виявити галюцинаторні чи ілюзорні образи, наявність яких передбачається. Однак, при аналізі проб не можна виключати викликаного характеру галюцинаторних феноменів.

### ***Діагностика порушень мислення***

Часто важливим параметром діагностичного процесу є патопсихологічне дослідження й аналіз порушень мислення. Це пов'язано з тим, що багато розладів мислення, зокрема, шизофренічного спектра, більш явно виявляються в момент психологічного обстеження, чим при інтерв'юванні пацієнта. Це відноситься до таких симптомів, як: зісковзування, розірваність, різноплановість мислення, опора на латентні ознаки й ін.

*Основними методами дослідження мислення* є тести на класифікацію понять, виключення, силогізми, аналогії, узагальнення, асоціативний експеримент, проблема Евер'є, піктограма.

*Методика класифікації понять* містить у собі пропозицію досліджуваному класифікувати картки з зображенням тварин, рослин і предметів. Пропонується розкласти картки на групи так, щоб вони містили однорідні предмети і могли бути названі узагальнюючим словом. Далі в випадку необхідності пропонується збільшити групи.

Оцінюється:

- 1) число етапів, витрачених на остаточну класифікацію предметів (повинно вийти три групи — тварини, квіти, неживі предмети);
- 2) принципи класифікації.

Висновки відображають кількість етапів класифікації, а також особливості мислення досліджуваного.

*Конкретне мислення* — відзначається у випадках, коли досліджуваний поєднує предмети в конкретні ситуаційні групи (наприклад, пальто із шафою, «тому що пальто висить у шафі»).

*Схильність до деталізації* — визначається у випадках, коли досліджуваний виділяє дробові групи (наприклад, «одяг домашній та одяг на вихід», «коренеплоди і не коренеплоди»).

*Опора в мисленні на латентні ознаки* — визначається у випадках, коли в класифікації робиться упор на малих-актуальних, схованих ознак понять (наприклад, в одну групу поєднуються автобус і ведмідь тому, що обоє «схильні до плавного початку руху»).

На підставі методики класифікації понять можливе підтвердження специфічних для визначених груп психічних захворювань розладів мислення, що виявляються клінічно. Так, конкретність мислення може підтверджувати наявність органічно обумовлених психічних розладів, схильність до зайвої деталізації – епілептичний характер асоціативних порушень, опора мислення на латентні ознаки — на порушення мислення шизофренічного спектра.

Для оцінки здатності розмежовувати різнорідні поняття використовується **методика виключення понять** (Додаток № 3). Досліджуваному пропонується з чотирьох предметів чи з п'яти слів виключити один предмет чи слово, що не підходять до інших, схожим родовим поняттям. Аналіз методики подібний до методики класифікації понять.

#### **Стимульний матеріал до методики виключення понять**

*Старезний, старий, зношений, маленький, вітхий.*

*Сміливий, хоробрий, відважний, злий, рішучий.*

*Василь, Федір, Семен, Іванов, Порфирій.*

*Молоко, вершки, сир, сало, сметана.*

*Незабаром, швидко, поспішно, поступово, квапливо.*

*Глибокий, високий, світлий, низький, дрібний.*

*Лист, брунька, кора, дерево, сучок.*

*Будинок, сарай, хата, хатина, будинок.*

*Береза, сосна, дерево, дуб, ялина.*

*Темний, світлий, блакитний, ясний, тьмянний.*

*Гніздо, нора, мурашник, курятник, барліг.*

*Невдача, крах, провал, поразка, хвилювання.*

*Молоток, цвях, кліщі, сокира, долото.*

*Хвилина, секунда, година, вечір, доба.*

*Грабіж, крадіжка, землетрус, підпал, напад.*

*Успіх, перемога, удача, спокій, виграш.*

**Методика виділення істотних ознак** дозволяє судити про якість розуміння досліджуваним головних і другорядних ознак предметів і явищ. Процедура її полягає в відборі досліджуваним двох слів (ознак) предмета чи явища, розташованих у дужці, що стосуються поняття, розташованого за дужками (Додаток № 4).

#### **Стимульний матеріал до методики виділення істотних ознак,**

*1. Сад (рослини, садівник, собака, забір, земля).*

2. Сарай (сінник, коні, дах, худоба, стіни).
3. Ділення (клас, ділене, олівець, дільник, папір).
4. Кільце (діаметр, алмаз, проба, округлість, печатка).
5. Гра (карти, гравці, штрафи, покарання, правила).
6. Куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево).

Для дослідження лабільності мислительних процесів застосовується методика **«Словесний лабіринт»** (Додаток 7,8).

Бланк методики складається з 10 або 12 словесних лабіринтів, в кожному з яких заплутано певне слово, яке досліджуваним треба винайти. Відповідь записується внизу під кожним лабіринтом. Групу досліджуваних можна поділити на пари: один виконує функцію експериментатора, другий – досліджуваного, або ж сам експериментатор слідкує за часом виконання завдання.

Інструкція досліджуваному. *«Зараз Вам будуть видані бланки з завданнями – словесними лабіринтами, в яких заховані слова. Ваша задача зазначається в тому, щоб як можна швидше знайти вихід із лабіринту. Вхід в лабіринт знаходиться в правому нижньому куті, а вихід – в лівому верхньому. Для пошуку виходу з лабіринту можна використовуючи хід тури /як у шахах/, тобто рухатись можна тільки по горизонтальній або вертикальній лінії на будь-яку кількість букв. Всього Вам треба знайти вихід із 10 словесних лабіринтів. Знайдене слово записується тут же на бланку.»*

### **Обробка результатів.**

- I. Для часу вирішення всіх задач розрахувати середнє-арифметичну величину (M), середньо-квадратичне відхилення (Q), помилку середнього (Qm).
- II. Побудувати діаграму, для чого на осі абсцис вказати порядкові номери лабіринтів, а на осі ординат – час вирішення кожної задачі, розробити нормативні бали.

### **Протокол дослідження.**

Показники рішення	Номер задачі										Статистичні показники		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	M	Q	Qm
Час, сек.,													

### Ключ методики «Словесний лабіринт»

1. Докладувати.
2. Променистий .
3. Експеримент.
4. Крохмалений.
5. Факультатив.
6. Спростувати.
7. Системність.
8. Пролетаріат.
9. Лабільність.
10. Спартакіада.

Одним з найбільш інформативних для оцінки якісної специфіки мислення відноситься *асоціативний експеримент*. Досліджуваному пропонується привести першу асоціацію, що прийшла на розум, на стимульні слова.

***Асоціативний експеримент***

*хліб* \_\_\_\_\_

*лампа* \_\_\_\_\_

*спів* \_\_\_\_\_

*колесо* \_\_\_\_\_

*краса* \_\_\_\_\_

*війна* \_\_\_\_\_

*повітря* \_\_\_\_\_

*розвиток* \_\_\_\_\_

*дзвінок* \_\_\_\_\_

*печера* \_\_\_\_\_

*нескінченність* \_\_\_\_\_

*місяць* \_\_\_\_\_

*брат* \_\_\_\_\_

*лікування* \_\_\_\_\_

*сокира* \_\_\_\_\_

*падіння* \_\_\_\_\_

*обман* \_\_\_\_\_

*голова* \_\_\_\_\_

*сумнів* \_\_\_\_\_

*гра* \_\_\_\_\_

*ціль* \_\_\_\_\_

*глибина* \_\_\_\_\_

*народ* \_\_\_\_\_

*трава* \_\_\_\_\_

*сварка* \_\_\_\_\_

*жорстокість* \_\_\_\_\_

метелик \_\_\_\_\_

пошук \_\_\_\_\_

сум \_\_\_\_\_

совість \_\_\_\_\_

Реєструються: 1) латентний період; 2) якісні характеристики відповідей. Виділяють загально-конкретні, індивідуально-конкретні, абстрактні, орієнтовані, співзвучні, екстра-сигнальні, вигуківі, “персеверуючі”, ехолалічні й атактичні відповіді.

Особливості мислення хворих шизофренією, як правило, включають атактичні (трава-цвях) чи співзвучні (народ-виродок) реакції. Це обумовлено особливостями розладів мислення при шизофренії, зокрема, асоціаціями по співзвуччю — римуванням слів.

**Методика Еббінгауза** подібна з асоціативним експериментом і дозволяє оцінити стрункість і продуктивність мислення. Пацієнту пропонується заповнити пробіли в розповіді:

---

*Став дід дуже старий. Ноги в нього не..., ока не.... вуха не..., зубів не стало. І коли він їв, у нього текло із.... Син і невістка перестали його за... саджати і давали йому... за грубкою. Знесли йому раз обідати в..., він хотів підсунути, так упустив на..., чашка і.... Стали тоді... сварити старого за те, що він їм все в... псує і... б'є.*

---

Для оцінки цілеспрямованості мислення використовується **проблема Евер'є**. Досліджуваному пропонується проаналізувати наступний текст:

*Є різні погляди на цінність життя. Одні рахують її благом, інші – злом. Вірніше було б дотримуватися середини, тому що, з одного боку, життя приносить нам менше щастя, ніж ми бажали б самі для себе, з іншого боку, - нещастя, що нам даються, завжди менші від того нещастя,*

*якого нам бажують в душі інші люди. Якраз ця рівновага і робить життя стерпним, точніше, до певної міри справедливим.*

Найбільш яскраво особливості порушень мислення можуть бути виявлені за допомогою аналізу піктограм.

При зниженні рівня процесів узагальнення і відволікання хворі відчують труднощі при підборі піктограм до слів абстрактного змісту, наприклад “любов”, “сумнів”, і відносно легко справляються з конкретними поняттями – “веселе свято”, “смачна вечеря”. Асоціації у хворих шизофренією цікаві - “сумнів” зображується годинником з однією стрілкою. Часто методикою піктограм у хворих шизофренією вдається виявити “резонерство” в мисленні. Так, хворий шизофренією, підбравши до слова “сумнів” в якості піктограми спіраль, супроводжує своє рішення наступними міркуваннями: “Сумніви ніколи не закінчуються. Вони постійні, перебувають в процесі розвитку, набувають латентності. Спіраль може бути латентною в своєму розвитку”

Характерною для хворих шизофренією є відсутність емоційного підтексту в піктограмах. Так, до слова “дружба” один хворий малює цигарку (“Є такі цигарки”), а інший до слова “печаль” – книжку (“В книжці Рокуела Кента є печаль, сумнів, світова скорбота”). Деколи всі піктограми хворого шизофренією зводяться до абстрактних формально-схематичних значків, що відображають характерну для шизофренії символічність мислення.

У цьому проективному тесті оцінюється: 1) техніка виконання малюнка (величина, завершеність, їхнє обрамлення, підкреслення, наявність уточнюючих ліній, відмінності і подібність малюнків, що відносяться до різних понять); 2) розташування малюнків на листі; 3) принцип, покладений в основу асоціативного ряду для запам'ятовування; 4) ступінь оригінальності чи стандартності.

Висновки по тесту відображають особливості асоціативної діяльності і виражаються наступними типовими словосполученнями:

---



*Переважа стандартних образів* — у випадках, коли малюнки збігаються з тими, котрі використовує більшість осіб даної культури (наприклад, зображення прапорів, куль, ялинок для запам'ятовування поняття «веселе свято»).

*Переважа атрибутивних образів* — у випадках, коли при зображенні заданих понять використовується принцип приналежності до чого-небудь, тобто домінують малюнки, що відбивають ті предмети чи явища, що є невід'ємною частиною заданого поняття (наприклад, зображення ваги, що асоціюється з «важкою роботою»). *Переважа конкретних образів* - у випадках, коли малюнки містять предмети чи явища, безпосередньо зв'язані із ситуацією (наприклад, людина, що лежить у постелі, при зображенні поняття «хвороба»). *Переважа метафор* — у випадках, коли при зображенні заданого поняття використовуються конкретні образи, прямо з ним не зв'язані і використовують абстрагування (наприклад, хмара, що закриває сонце при зображенні «хвороби»). *Переважа персоніфікованих і індивідуально значимих образів* — у випадках, коли при зображенні заданих понять використовуються індивідуально-значимі образи.

---

## Діагностика розладів емоцій

Одним з найбільш значущих емоційних порушень є проєктивний тест *кольорових виборів Люшера*. За його допомогою можна визначити рівень стресу (тривоги). *Тест Люшера* представляє собою набір карток різного кольору (зазвичай використовують тест з восьми кольорів). Досліджуваному пропонується розкласти їх по мірі зниження симпатії до кольору – на перше місце поставити “самий приємний” на момент обстеження колір, на останнє – “самий неприємний”. Обстеження повторюється двічі. За кожним кольором закріплені відповідні параметри, які характеризують індивідуально-психологічні особливості людини. Символіка кольору, на думку Л.М.Собчик, бере початок з початку існування людини на Землі, і пов'язана з емоційною оцінкою явищ природи (сонця, плодів, ночі, крові і т.д.). Люшер виділив 4

*основних кольори (синій, зелений, червоний, жовтий) і 4 допоміжних (фіолетовий, коричневий, чорний, сірий), а також відмітив, що встановлення кольору на перше місце вказує на кольорові асоціації з основним способом дії, на друге – з метою, до якої прагне людина, на третє і четверте – з емоційною оцінкою справжнього стану речей, на 5-6 – з невикористаними в даний момент резервами, на останні місця – з пригніченими потребами. В афективній сфері – **синій колір** асоціюється з крайньою чутливістю людини, підвищеними переживаннями і, як наслідок, з потребою в емоційному комфорті, спокої. **Зелений колір** вказує на підвищену чутливість людини до оцінки її з боку оточуючих, до критики. **Червоний** демонструє життєрадісність, оптимістичність, розкутість почуттів. **Жовтий** – емотивність та екзальтованість, нетерпеливість, мінливість та відсутність глибини переживань, а також емоційну незрілість. Вибір **фіолетового кольору** як найбільш приємного може трактуватись як емоційна мінливість, напруженість. **Коричневий колір** відображає тривожність з соматичними еквівалентами; **чорний** – агресивність, озлобленість, дисфорію; **сірий** – втому, байдужість.*

На основі методу кольорового вибору Люшера (МКВ) можлива *оцінка рівня тривожності та стресу*. Цей показник вираховується шляхом перерозподілення основних та допоміжних кольорів в ряді переважаючих виборів. Рахується, що якщо переміщення основного кольору на 6, 7 чи 8 позицію, так само, як і переміщення допоміжного кольору на 1,2,3 позицію, вказують на існуючий стрес. Бали нараховуються так: для основних за 8-му позицію – 3 бали, за 7-му – 2, за 6-у – 1; для допоміжних за 1-шу – 3, за 2-гу – 2, за 3-ю – 1. Максимальна кількість балів, яка вказує на рівень стресу – 12. Крім цього, можливо оцінювати динаміку стресу: зростання у випадку великої кількості балів в другому виборі кольорів, зменшення чи відсутність зростання при зворотних відношеннях.\*

## Діагностика порушень інтелекту

З метою визначення інтелектуальних порушень використовується **тест прогресивних матриць Равена**. Він складається з 60 завдань, розділених на п'ять серій. В кожній серії представлені зображення полотна з геометричним малюнком, чи кілька матриць з однією відсутньою частиною. Досліджуваному пропонується знайти закономірності в матрицях і підібрати з шести – восьми запропонованих ту матрицю, якої не вистачає для повного зображення. Від серії до серії завдання ускладнюються.

Результати оцінюються за кількістю правильно підібраних відсутніх фрагментів по кожному завданню. Виділяють 5 ступенів розвитку інтелекту за тестом Равена.

**I ступінь** – більше 57 правильних відповідей(балів), тобто більше 95% - *дуже високо-розвинений інтелект.*

**II ступінь** – від 45 до 57 балів (75-94%) – *інтелект вище середнього.*

**III ступінь** – від 15 до 45 балів (25-74%) – *інтелект середній.*

**IV ступінь** – від 3 до 15 балів (5-24%) – *інтелект нижче середнього.*

**V ступінь** – менше 3 балів (5%) – *інтелектуальний дефект.*

Вважається, що рівень 30 балів є для дорослої людини умовною межею між оцінкою його інтелекту в межах норми і при розумовій відсталості.

\*При роботі з тестом слід користуватися стандартними наборами кольорів і відповідними практичними посібниками (В.В.Джос, 1990; Л.М.Собчик, 1990).

### **3.3. Діагностика особистості**

#### ***Дослідження індивідуально-психологічних особливостей.***

Вивчення індивідуально-психологічних особливостей людини включає в себе застосування серії тестів, спрямованих на оцінку властивостей темпераменту, характерологічних рис та особливостей особистості. Особистісні опитувальники слугують для виміру різноманітних особистісних характеристик, які полягають у ствердженнях про поведінку, переконання чи почуття. Особи, що тестуються, оцінюють ці ствердження з точки зору того, властиві вони їм особисто чи ні.

Серед методик, направлених на оцінку інтегративних понять, зокрема, особистісних і характерологічних особливостей, а також уточнення клінічних симптомів - комплексів виділяють **Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (MMPI)**, розроблений S.R. Hathaway і J.Mckinley (1943). Він складається з 550 стверджень, які стосуються загального самопочуття обстежуваного, функціонування у нього тих чи інших систем внутрішніх органів, його стосунків з оточенням, наявності психопатологічної симптоматики, особливостей самооцінки і т. ін. Опитувальник дозволяє аналізувати скриті від дослідника-клініциста індивідуальні тенденції та психопатологічні переживання. Опитувальник використовується як для індивідуальних, так і для групових обстежень.

Американські дослідники рекомендують використовувати опитувальник для обстеження осіб віком від 16 до 55 років при інтелектуальному коефіцієнті (за Векслером) не нижче 80.\*

Опитувальник складається з 3-х оціночних та 10-ти клінічних шкал. Кожна шкала здатна виявляти як психологічні особливості, так і психопатологічні симптоми та синдроми. Умовною межею є рівень 70 Т.

*Перша клінічна шкала* (невротичного зверхконтролю / іпохондрії) дозволяє уточнювати такі особистісні властивості, як схильність до контролю своїх емоцій, орієнтація в поведженні на традиції, загально визнані норми, гіперсоціальність установок.

При перевищенні рівня 70Т шкала вказує на фіксованість уваги людини на внутрішніх відчуттях, схильність до перебільшення ваги свого стану, іпохондричність.

*Друга шкала (депресії)* відображає рівень зниження настрою, песимістичну налаштованість, зажуреність, пригніченість власним становищем, бажання уникнути рішення складних життєвих ситуацій. Перевищення рівня 70 Т може свідчити про клінічно виражену депресію з почуттям туги, безперспективності, суїцидальними думками і намірами.

*Третя шкала (емоційної лабільності/істерії)* вказує на виразність нестійкості фону настрою, схильності до драматизації подій, чутливості. При показниках цієї шкали вище 70 Т можна відзначити істеричні риси поведження: демонстративність, «жагу визнання», егоцентризм, екзальтованість, інфантильність.

*За четвертою шкалою (соціальної дезадаптації/психопатії)* можливі виявлення і підтвердження таких рис, як схильність до імпульсивності, конфліктності, невраховування об'єктивних обставин і орієнтація на бажання, а не на реальність. Показник по 4 шкалі вище 70 Т демонструє ознаки соціальної дезадаптації, конфліктність, агресивність, виражену імпульсивність і втрату контролю за власних поведженням.

*П'ята шкала (мужності / жіночності)* вказує на виразність властивостей, характерних тій чи іншій статі.

*Шоста шкала (афективної ригідності/параної)* реєструє такі якості, як застрягання на негативних переживаннях, уразливість, схильність до прямої в спілкуванні, практичність, догматизм. Зашкалення за 70Т може бути підозрілим у відношенні формування в людини зверхцінних чи маревних ідей з почуттям власного ущемлення, ворожості з боку навколишніх.

\*Див. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов А.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Ленинград, «Медицина», 1983.

*Сьома шкала (тривоги/психастенії)* демонструє виразність психастенічних рис характеру, тривожності, схильності до утворення нав'язливих ідей, а при перевищенні 70 Т– до дезорганізації поведінки внаслідок цих особливостей.

*Восьма шкала (індивідуалістичності/аутизму/шизофренії)* відображає такі особистісні якості, як: своєрідність ієрархії цінностей, відгородженість від навколишніх, індивідуалістичність, труднощі у спілкуванні. Перевищення рівня 70 Т може вказувати на виражену дезорганізацію поведінки, зниження реалістичності, схильність до аутичного типу мислення.

*За дев'ятою (оптимізму/гіпоманії) і десятою (інтро-екстраверсії) шкалами* можлива оцінка даних якостей як у рамках психологічних особливостей, так і при психічній патології.

При неврозах відзначається *невротичний нахил профілю* — переважають показники перших трьох шкал. Нерідко їх супроводжує підвищення за 7 шкалою. При істеричних симптомах профіль особистості по ММРІ здобуває *вид «конверсійної п'ятірки»* — при підвищенні трьох шкал невротичної тріади домінують перша і третя, а друга трохи нижче, разом утворивши вид латинської букви V. При психопатіях, як правило, відзначається підвищення за четвертою шкалою. При психозах реєструється *підвищення шкал психотичної тетради (4, 6, 8, 9)*. Крім того, виділяють *астенічний і стенічний тип профілів*. У першому випадку відзначається підвищення за 2 і 7 шкалами, у другому — за 4, 6 і 9 шкалами. Депресивний синдром психотичного рівня відбивається на ММРІ піками по 2, 7 і 8 зі зниженням (*негативним піком*) за 9 шкалою, маніакальний — піками за 9 і 4 і зниженням за 2 і 7 шкалами.

Як і всі інші особистісні опитувальники, ММРІ не дає нозологічно-діагностичної оцінки. Профіль особистості, отриманий при дослідженні з

допомогою цієї методики, характеризує лише особливості особистості в момент обстеження.

Отримані за допомогою даної методики дані повинні постійно співвідноситись з клінічною симптоматикою, матеріалами спостереження психолога стосовно особливостей виконання обстежуваним завдань по методиках, направлених на дослідження пізнавальної діяльності, з результатами дослідження за допомогою інших особистісних методик.

### **Опитувальники для скринінгу неврозів.**

В цю групу методик включаються опитувальники, призначені для виявлення і орієнтовно-синдромологічного визначення неврозів та проведення попередньої, долікарської їх діагностики.

*Для діагностики важливих аспектів невротичних розладів (схильність до депресії, алекситимія, тривожність, фрустрація, нейротизм і т.д.) використовуються такі методики, як самооціночна шкала депресії Зунге, шкала депресії Бека, клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К.К.Яхіна-Менделевича, шкала депресії Гамільтона, методика експрес-діагностики неврозу К.Хека та Х.Хесса, методика діагностики рівня невротизації Вассермана, методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана, методика діагностики типу емоційної реакції В.В.Бойка, Торонтська алекситимічна шкала, методика диференційної діагностики депресивних станів (В.А.Жмуров), шкала астенічного стану (ШАС), Гіссенський опитувальник та ін.\**

Досить ефективними в роботі клінічного психолога є проєктивні методики, в основі яких лежать невербальні стимули, картинки, портрети, кольорові еталони, неструктуровані плями та ін. За допомогою проєктивних досліджень можна виявити глибинні неусвідомлені переживання особистості, отримати достовірні уявлення про систему її відношень, життєві установки, емоційні стани.

\*Ми не даємо аналізу цих методик, оскільки вони детально описані в методичних рекомендаціях “Диференційна діагностика неврозів” (автори-упорядники: Кардаш В.В., Кардаш Н.І., Луцьк 2000).

*До найбільш вживаних проєктивних тестів, які застосовуються в клінічній психології, належать:* метод Роршаха, Тематичний аперцептивний тест ТАТ, малюнковий аперцептивний тест РАТ, тест Люшера, метод малюнкової фрустрації С.Розенцвейга.

Результати аналізів даного типу методик є досить інформативними в діагностичній роботі клінічного психолога, оскільки дають можливість вивчити особистість в цілому – дослідити мотиви, тенденції і особливості стосунків в різних сферах її життєдіяльності.

Але варто підкреслити, що проєктивна методика – це дуже витончена і, разом з тим, надзвичайно складна в експлуатації техніка, яка вимагає ретельного ознайомлення і досконалого оволодіння її прийомами. З урахуванням вище сказаного, застосування методів даного типу на практиці має бути особливо обережним, обґрунтованим і підкріплюватись іншими, більш надійними і достовірними процедурами (вивчення життєвого шляху особистості, спостереження, бесіда та ін.).

**Метод Роршаха** (H.Rorschach, 1921) – проєктивний метод, який дозволяє на основі тлумачення людиною випадкових зображень, “плям”, дослідити особистісні особливості обстежуваного.

Детальний опис методики та її проведення не подається, оскільки краще всього він представлений у відповідній інструкції до використання тесту.

Слід відмітити, що метод Роршаха належить до найбільш складних прийомів дослідження особистості. Застосування його можливе лише після певного навчання психолога специфіці використання методики, тривалого практичного досвіду роботи та солідних теоретичних знань в галузі психології особистості.



**Тематичний аперцептивний тест (ТАТ)** (запропонований А.Мurrey і С.Мorgan) – проєктивний метод, стимульний матеріал якого складається з 29 картин і однієї білої карти, яку пред'являють досліджуваному для того, щоб він уявив на ній будь-яку картину.

Досліджуваний повинен по кожній з картин скласти невелику зв'язну розповідь. Психолог пояснює, що досліджується його здатність до фантазування чи схильність до літературної творчості.

Передбачається, що досліджуваний у придуманих ним розповідях буде приписувати персонажам свої почуття, переживання і відносини, тобто буде розповідати сам про себе, чи наділяти видуманих персонажів своїми знаннями, приписувати їм свої почуття і переживання.

Найбільше застосування ТАТ знаходить в клініці неврозів та інших пограничних станів для виявлення афективних конфліктів. При цьому особливий інтерес для клініциста можуть представляти такі особливості афективної сфери особистості, як визначення провідних мотивів, стосунків, цінностей, виявлення афективних конфліктів, характеристика низки індивідуально-особистісних особливостей (імпульсивність – підконтрольність, емоційна стійкість – лабільність, емоційна зрілість – інфантильність), самооцінка обстежуваного (співвідношення між “Я” ідеальним та реальним, степінь прийняття себе).

З допомогою даного методу також можна отримати певні особистісні характеристики при афективних психозах, алкогольній деградації особистості, при дослідженні афективної сфери хворих на шизофренію.

Для дітей молодшого віку (від 3 до 10 років) застосовують **тест САТ**, який є варіантом ТАТ. Тут замість 29 картин використовуються 10 малюнків невизначеного змісту, на яких зображені тварини.

Дитині кажуть: “Я покажу тобі картинки, по кожній з них треба придумати розповідь. Розкажи, що намальовано на картинці, що було раніше з тваринами, які тут зображені, що буде з ними потім. Скажи, про що думають тварини, весело їм чи сумно.”

Розповіді досліджуваних записуються дослівно, фіксується латентний час і час, затрачений на придумування розповіді. Необхідно також враховувати дані спостережень за мімікою, жестами, інтонаціями та іншими проявами дитини.

Інтерпретація отриманих даних проводиться психологом, який пройшов курс навчання по роботі з методикою (Блейхер В.М, Бурлачук Л.Ф., 1978; Бурлачук Л.Ф., 1979; Соколова Е.Т., 1985).

### **Малюнковий апперцептивний тест( рос. РАТ ).**

**РАТ** – це більш компактний модифікований варіант тематичного апперцептивного тесту (ТАТ) Г.Мюррея. Він займає менше часу на дослідження і більш пристосований до умов роботи практичного психолога. І головне - для нього розроблений зовсім новий стимульний матеріал, що являє собою вісім контурних малюнків, на яких зображені дві, рідше три людини; кожен персонаж зображений в умовній манері: ні вік, ні стать, ні соціальний статус по малюнку визначити не можна. В той же час пози, експресія жестів, особливості розташування фігурок дозволяють судити про те, що на кожному з малюнків зображена ситуація скоріш за все конфліктна і по крайній мірі два персонажі задіяні в складних міжособистісних стосунках. При цьому там, де є третій учасник або спостерігач подій, його позиція може бути витлумачена як індіферентна, активна або страждальна.

Дана методика наділена широким спектром діагностичних можливостей. В силу великої лаконічності і простоти вона знайшла застосування при дослідженні школярів і молоді в контексті профорієнтаційних проблем, в сімейному консультуванні, в соціально-психологічній допомозі пресуицидентам, при вивченні виробничих, спортивних і воєнізованих колективів, а також в клініці неврозів.

Досліджуваному (або групі досліджуваних) дається завдання послідовно, згідно нумерації, розглядати кожен малюнок, при цьому постаратися дати

волю фантазії і скласти по кожній з них невелику розповідь, в якій будуть відображені відповіді на наступні питання:

1. Що відбувається в даний момент?
2. Хто ці люди?
3. Про що вони думають і що відчувають?
4. Що призвело до цієї ситуації і чим вона закінчиться?

Висловлюється також прохання не використовувати відомі сюжети, взяті з книг, театральних постановок або кінофільмів, а придумати своє. Підкреслюється, що об'єктом уваги експериментатора є уява досліджуваного, вміння видумувати, багатство фантазії. Зазвичай, досліджуваному дається подвійний аркуш паперу із зошита, на якому частіше за все вільно розміщуються вісім коротких розповідей, що містять відповіді на всі поставлені питання; щоб у досліджуваного не було відчуття обмеження, можна дати два таких листки. Час також не обмежується, однак експериментатор покvapлює досліджуваних, щоб отримати більш безпосередні відповіді. Окрім аналізу сюжетів, їх змістовної сторони, експериментатору надається можливість проаналізувати почерк досліджуваного, стиль письма, манеру викладу, культуру мови, словниковий запас, що також має велике значення для оцінки особистості в цілому.

Захисні тенденції можуть проявлятися у вигляді декількох одноманітних сюжетів, де відсутній конфлікт: мова може йти про танці або гімнастичні вправи, заняття йогою.

**Картинка 1** провокує створення сюжетів, в яких виявляється ставлення досліджуваного до проблеми влади і приниження. Щоб зрозуміти, з ким з персонажів ідентифікує себе досліджуваний, слід звернути увагу, кому з них в оповіданні він приділяє більшу увагу та приписує більш сильніші почуття, наводить довід, який виправдовує позицію, нестандартні думки або вислови. Розмір оповідання також в значній мірі залежить від емоційної значущості того чи іншого сюжету.

**Картинка 2, 5 та 7** в більшій мірі пов'язані з конфліктними ситуаціями (наприклад, сімейними), де складні стосунки між двома людьми переживаються кимось третім (наприклад, дитиною), хто не може рішучим чином змінити ситуацію. При цьому позиція цієї третьої особи проявиться на відповідному малюнку ідентифікацією і може виглядати як індиферентна (картинка 2), пасивна-втеча від втручання (картинка 5), миротворчі тенденції або інша спроба втручання (картинка 7).

Якщо **картинка 3** частіше провокує виявлення конфлікту в сфері особистісних, інтимних відносин, то **картинка 4** може розглядатися як аналогічна ситуація одними, і як службовий конфлікт іншими, оскільки в першому випадку фігурує ослін (символ поетичних зустрічей), а в другому - стілець. На цих картинках також проявляються сюжети з висвітленням проблеми самотності, покинутості, фрустрованої афіліативної потреби, незрозумілості і неприйняття в колективі.

**Картинка 2** частіше інших викликає емоційний відгук у нестійких осіб, нагадує про безглузді сплески некерованих емоцій, в той час як з приводу **картинки 5** більше будуються сюжети, в яких фігурує дуель думок, суперечка, прагнення звинуватити іншого і виправдати себе. Аргументація досліджуваними своєї правоти і переживання образи (коли ці теми для них значимі) в сюжетах до **картинки 7** нерідко вирішується взаємною агресією персонажів. Тут важливо, чи переважає у героя, з яким ідентифікує себе досліджуваний, зовнішньо звинувачувана (екстрапунітивна) позиція або схильність до приписування самому собі провини за конфлікт, що виник (інтропунітивна позиція).

**Картинка 6** провокує вираження агресивних реакцій досліджуваного у відповідь на несправедливість, що суб'єктивно переживається, або, якщо він ідентифікує себе з переможеною людиною, виявляється жертвовність позиції, приниженість.

**Картинка 8** виявляє проблему відторгнення індивіда об'єктом афіліативної прив'язаності або втечі від набридливого переслідування особистості, що відторгається. Ознакою ідентифікації себе з тим чи іншим

героєм розповіді є тенденція приписувати сюжетно розроблені переживання і думки саме тому персонажу, який в розповіді належить до ідентичної з досліджуваним статі. Цікаво відмітити, що з однаковою переконаністю один і той же малюнковий образ розпізнається одним досліджуваним як чоловік, іншим – як жінка, при цьому у кожного є повна впевненість, що це не може викликати ніяких сумнівів.

Міжособистісний конфлікт, що звучить фактично в кожній картинці, не тільки дозволяє визначити зону порушень відносин з оточуючими, що переживається досліджуваним, але не рідко висвітлює складний внутрішньо особистісний конфлікт.

РАТ дозволяє також в складних сімейних ситуаціях виявляти проблеми підліткового віку.

Отже, психологічне дослідження з використанням РАТ сприяє більш цілеспрямованому вибору психокорекційного підходу не тільки з орієнтацією на змістовну сторону і сферу переживань досліджуваного, але й з апеляцією до певного мовного і інтелектуально-культурного рівня особистості людини, яку консулює психолог.

### **Метод малюнкової фрустрації С.Розенцвейга.**

Дана методика адаптована Н.В. Тарабриною (1973) і служить для вивчення особливого аспекту особистості – реакцій на фрустрацію\*. В якості стимульного матеріалу використовуються малюнки, на яких зображені конфліктні ситуації, що виникають найчастіше, ситуації, які можуть фруструвати особистість. Стать, вік та сфера діяльності не є вирішальними для виникнення цих ситуацій.

Метод дослідження фрустрації особливо важливу роль відіграє в патопсихологічних обстеженнях. Вивчення фрустраційних реакцій допомагає зрозуміти походження неврозів, сприяти правильній організації психотерапії. Ефективним є застосування методики для диференційної діагностики неврозів та неврозоподібних станів.

## Метод незакінчених речень

Існує безліч його варіантів. В одному з них (A.F.Paune і A.Rohde) обстежуваному пропонується 66 незакінчених речень, які він повинен доповнити. Інструкція утримує вказівку про необхідність робити це як можна швидше, без обдумування, не пропускаючи жодного із запропонованих речень. За результатами аналізів і інтерпретацій отриманих даних можна зробити заключення про особливості ставлення обстежуваного до оточення, представників своєї чи протилежної статі, друзів, людей взагалі, яким є його ставлення до самого себе, свого майбутнього, здоров'я, грошей, закону і т.д. При цьому можуть бути виявлені наявність іпохондрії, думок про самогубство, надмірна вразливість.

Даний метод допомагає виявити скриті хворим чи навіть не усвідомлювані ним переживання.

За допомогою методу незакінчених речень виявляються характерні для хворих шизофренією зміни системи особистісних стосунків. Ефективно застосовується також дана методика для обстеження хворих епілепсією.

Досить важливе значення має названа методика для побудови психотерапевтичної та психопрофілактичної роботи, а також для вирішення низки соціальних питань по влаштуванню хворих у суспільстві.

Метод незакінчених речень є досить простим і нескладним в інтерпретації, може бути особливо корисним при пограничних нервово-психічних, в тому числі і психосоматичних захворюваннях.

*За допомогою методики „Незакінчених речень”*, запропонованої Коржовою О.Ю, можна виявити конкретний зміст надій і тривоги, пов'язаних з майбутнім. Як правило, здорові часто дають формально-умовні відповіді, що не відображають особистісних відношень. Хворі іноді відмовляються закінчувати окремі фрази, затримуються з відповіддю, також спостерігаються міміко-вегетативні реакції, пов'язані з високою значущістю змісту фраз, які торкаються актуальних для хворих переживань.

\* Frustratio – марні очікування, невдачі, провал.

Дані методики дають змогу виявити, що для хворого чи менш значиме, що їх турбує і що є їхньою опорою в боротьбі з хворобою.

**Орієнтовний перелік „Незакінчених речень”, що характеризують майбутнє.**

*Інструкція:* Постарайтесь швидко закінчити кожне речення. Довго не роздумуйте, перша думка, яке прийшла Вам в голову, і є самою правильною.

Майбутнє здається мені \_\_\_\_\_

Скоро я почну \_\_\_\_\_

Моя мрія \_\_\_\_\_

Щоб бути щасливим \_\_\_\_\_

Я був (була) би щасливим(ою), як би вдалось \_\_\_\_\_

Я ніколи не мрію \_\_\_\_\_

Хотілось би через 20 років \_\_\_\_\_

Мої плани \_\_\_\_\_

Якби я був (була) сьогодні трохи старшим \_\_\_\_\_

### **Метод малюнка**

Емпіричні дослідження в галузі клінічної психології свідчать про те, що заслуговує на увагу в практиці консультативної роботи психолога-клініциста використання *методу малюнка*.

Застосування малюнка може допомогти медичному психологу у діагностиці, збагативши комунікацію і соціальний репертуар особистості. Особливо цей метод є результативним у роботі з пацієнтами, у яких часто виникають проблеми з самовираженням за допомогою слів. Самовираження за допомогою малюнка є більш символічним і менш специфічним, ніж слова. Під час малювання активізуються спогади і фантазії, пов'язані з неусвідомленими смислами. Пацієнт може вести комунікацію не напряду, не усвідомлюючи, що намальований ним будинок в дійсності не є місцем, де він живе. Такий захист від безпосередньої конфронтації з емоційно насиченою інформацією викликає при вираженні почуттів менше хвилювання, зменшуючи вірогідність появи захисної позиції.

Малюнок є прекрасною методикою оцінки психофізичного стану пацієнта і шансом для вираження його проблем і конфліктів. Особистість з сильним захисним характером здебільшого відображає відсутність спонтанності в малюнках. Депресію пов'язують з такими рисами малюнка, як уникання кольорів, багато пуского простору, різноманітні обмеження, дезорганізація, незавершеність, відсутність смислу і виконання при найменшій затраті зусиль. Роботи хворих на шизофренію привертають увагу релігійним змістом, а їх параноя проявляється часто в малюванні очей, вікон і телевізорів.

**Малюнок** – це форма, в якій проявляють себе страхи, бажання і фантазії. Він також допомагає отримати контроль над фрустраціями та імпульсами, які проявляються в процесі розвитку комунікативних здібностей.

Малюнок не забирає багато часу, найчастіше доповнює такі проєктивні методики, як тест Роршаха і ТАТ. Застосовується у повсякденній роботі клінічного психолога в процесі вивчення хворого, у розпізнаванні та лікуванні різноманітних психічних відхилень. Зв'язок між малюнком і лікуванням може вказувати на просування терапевтичного лікування, а також пояснювати динаміку особистості, оголоючи скриті конфлікти. Малюнок звільняє спонтанність у маленьких дітей, а загальмованим дорослим допомагає подолати перешкоди у власному розвитку.

**Малюнок** також має здатність полегшувати у пацієнтів ідентифікацію мотивів, які повторюються в їх поведінці, і звертати увагу на проблеми.

Також малюнок здатний викликати катарсис : агресивні та ворожі почуття перетворюються у більш прийнятні способи самовираження. Діти та дорослі, які погано контролюють свої спалахи емоцій, можуть завдяки цьому відкрити для себе альтернативні стратегії, які не помічали раніше.

При інтерпретації малюнків клініцисту слід звертати увагу на використання кольорів, якщо вони складають елемент малюнка. Наприклад, надмірне використання червоного кольору часто пов'язане з агресією. Систематичне використання переважно темних кольорів вважається ознакою депресії. Надмірна кількість різних строкатих кольорів свідчить про



маніакальні тенденції. Якщо ж на малюнках з'являються світлі ледь помітні тони, існує вірогідність того, що їх автор намагається приховати свої істинні почуття.

Малюнок цінний також тим, що ініціюється і контролюється самим пацієнтом, чим зміцнює його *его*. Завершена робота над малюнком, як і сам процес, дає клієнтам почуття розвитку і досягнення мети, являючись умовою особистого задоволення і переконання у власній значущості.

В практиці роботи клінічного психолога найпопулярнішими техніками малюнка, що дають діагностичну інформацію, є наступні :

### **Малюнковий тест Гуденау-Харриса.**

Малюнковий тест Гуденау-Харриса ( Harriss, 1963), більш відомий як *тест “Намалюй людину”*, застосовується головним чином психологами та педіатрами, оскільки за його допомогою можна швидко визначити інтелектуальні здібності дітей шкільного віку. Серед інших тестів, які використовують для вимірювання інтелекту, він виділяється оригінальною концепцією, легкістю застосування . Використовується при обстеженні дітей з дефектами слуху, з неврологічними проблемами, неадаптованими, та з порушеннями характеру.

### **“Намалюй людину під дощем”.**

Цікавою версією описаного *тесту є завдання “Намалюй людину під дощем”*.(Hammer, 1967). Ця проста модифікація основної інструкції дає надзвичайно багатий клінічний матеріал.

Цей метод особливо корисний для діагноста, який цікавиться силою *его* пацієнта. Застосування цієї процедури разом з іншими тестами дозволяє консультантові відповісти на такі питання : “Яким чином обстежуваний відреагує на ситуацію стресу ?”, “Які власні ресурси він має, щоб функціонувати в середовищі, яке викликає неспокій ?”, “Чи може обстежуваний успішно планувати свою поведінку в ситуаціях, що

викликають неспокій ?” і “Які види захисту (напр.: заперечення, уникнення) він використовує у складних для нього ситуаціях ?”.

Інструкція проведення в класичному варіанті проста: чистий аркуш паперу ділиться навпіл, з однієї сторони діагностованому пропонується намалювати людину, на іншому – людину під дощем. Кожен малюнок має бути названим. Під малюнком „ Людина під дощем” діагностованому пропонується описати настрій даної людини, почуття та ставлення до дощу.

Співставлення обох малюнків дозволяє визначити, як людина реагує на стресові, неблагоприємні ситуації, що вона відчуває при труднощах. В процесі тестування важливо спостерігати за ходом малювання і звертати увагу на всі репліки досліджуваного. Для отримання більш достовірної інформації необхідно провести додаткове інтерв'ю з тестуючим.

Коли малюнок завершено, потрібно сприйняти його повністю. Необхідно „ввійти” в малюнок, і відчути в якому настрої перебуває персонаж, чи відчуває він себе безпомічним, чи, навпаки, відчуває в собі внутрішні ресурси для боротьби з труднощами, а можливо, спокійно і адекватно сприймає труднощі, вважаючи їх життєвим явищем.

### Інтерпретація

В малюнку „ Людина під дощем” у порівнянні з малюнком „Людина”, як правило, виявляються суттєві відмінності.

Важливо подивитися, як змінилася експозиція. Так, наприклад, якщо людина зображена „уходячою”, то це може бути пов'язано з тенденцією до виходу з тяжких життєвих ситуацій, до уникнення неприємностей.

Положення фігури в профіль або спиною вказує на прагнення позбавитися від оточення, до самозахисту.

Зображення, розміщене внизу листа, може свідчити про наявність депресивних тенденцій, почуття незахищеності.

У всьому іншому при інтерпретації слід опиратися на методику „Людина”(Jolles,1971)

Наприклад, зображення, зміщене вліво, можливо, пов'язано з наявністю імпульсивності в поведінці, орієнтацією на минуле, із залежністю від матері.

Зображення, зміщене вправо, вказує на наявність орієнтації на оточення і, можливо, залежність від батька.

### *Трансформація фігури*

Збільшення розмірів фігури інколи зустрічається у підлітків, яких неприємності мобілізують, роблять більш сильними і впевненими.

Зменшені фігури мають місце тоді, коли досліджуваний прагне захисту, прагне перенести відповідальність за своє життя на інших.

Діти, які малюють маленькі фігури, зазвичай соромляться проявляти свої почуття і мають тенденцію до витриманості і деякої заторможеності при взаємодії з людьми. Вони схильні до депресивних станів в результаті стресу.

Зображення людини протилежної статі вказує на певний тип реагування в складних ситуаціях. Функція одягу – „формування захисту від стихії”. Багато одягу вказує на потребу в додатковому захисті. Відсутність одягу – з ігноруванням певних стереотипів в поведінці, з імпульсивністю.

### *Атрибути дощу*

Дощ – перешкода, небажана дія, що змушує людину закритися в собі, сховатися. Характер його зображення пов'язаний з тим, як людиною сприймається важка ситуація: рідкі краплі – як тимчасова, переборна; тяжкі, зафарбовані краплі чи лінії – важка і постійна.

Необхідно визначити, звідки йде дощ (справа чи зліва від людини) і яка частина фігури піддається дії в найбільшій степені. Інтерпретація проводиться у відповідності з приписуваними значеннями правої та лівої сторони аркуша чи фігури людини.

Хмари є символом очікування неприємностей. Важливо звертати увагу на кількість хмаринок, їх щільність, розмір, положення. В депресивному стані зображуються важкі грозові хмари, що займають все небо.

Калюжі, багнюка символічно відображають наслідки тривожної ситуації, ті переживання, які залишаються після „дощу”. Необхідно звернути увагу на манеру відображення калюж (форму, глибину, бризки). Важливо відмітити,

як розміщені калюжі відносно фігури людини (знаходяться вони перед чи за фігурою, навколо людини чи вона стоїть в калюжі).

### *Додаткові деталі*

Всі додаткові деталі (будинки, дерева, лавки, машини) чи предмети, які людина тримає в руках ( сумочка, квіти, книжки), розглядаються як відображення потреби в додатковій зовнішній опорі, в підтримці, в прагненні піти від рішення проблем шляхом переключення і замінюючої діяльності.

Більш повна розшифровка деталей ґрунтується на символічному значенні представлених образів.

Наприклад, блискавка може символізувати початок нового циклу в розвитку і драматичні зміни в житті людини. Веселка, що часто з'являється після грози, передуює появі сонця, символізує мрію про нездійснений потяг до досконалості.

Парасолька представляє собою символічне зображення психічного захисту від несприятливих зовнішніх дій. З точки зору трактування образів, парасолька може розглядатися як зображення зв'язку з матір'ю та батьком, які символічно представлені в образі парасольки: купол – мати, а ручка – батько. Парасолька може захищати чи не захищати від непогоди, обмежувати поле зору персонажа, а може і бути відсутнім.

Так, наприклад, велика парасолька-гриб може свідчити про сильну залежність від матері, що вирішує всі важкі ситуації за людину. Розмір і розміщення парасольки по відношенню до фігури вказують на інтенсивність дії механізмів психічного захисту.

Відсутність суттєвих деталей може вказувати на область конфлікту і бути наслідком витіснення як захисного механізму психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки в малюнку може свідчити про відмову у підтримці з боку батьків у важкій ситуації.

### *Колір в малюнках*

Малюнки можна виконувати як простим олівцем, так і кольоровим. Важливо пам'ятати, що точна інтерпретація кольорового рішення не може бути зроблена, якщо у досліджуваного немає всього набору кольорових олівців.

Кольори можуть символізувати певні почуття, настрої і відношення людини. Вони також можуть відображати спектр різних реакцій і областей конфліктів.

Добре адаптована і емоційно не обділена дитина зазвичай використовує від двох до п'яти кольорів. Сім-вісім кольорів свідчать про високу лабільність. Використання одного кольору говорить про можливу боязнь емоціонального збудження.

### **Тест “Намалюй сім’ю”.**

Так звана Техніка малювання сім'ї(Harris, 1963) дає можливість використовувати потреби близьких людей як проєктивних маркерів особистості обстежуваного.

Популярність цієї методики викликана особливим інтересом спеціалістів до структури сім'ї та сімейної терапії. Вона не потребує багато часу, але дає клініцистові безліч даних. Отримана картинка здебільшого відображає ставлення пацієнта до членів його сім'ї і те, якими він бачить їх ролі. Сімейні стосунки часто можна розпізнати за пропорціями портретів і за їх розміщенням. Якщо пацієнт не поміщає себе на малюнку сім'ї, то це може свідчити про почуття відчуженості. Це особливо помітно в малюнках сім'ї, виконаними прийомними дітьми, особливо в період дозрівання, коли питання власної ідентичності стає особливо важливим.

Корисною в роботі психолога модифікацією малюнка сім'ї є **“Кінетичний малюнок сім'ї”** (Burns u Kaufman, 1970). Але якщо при виконанні тесту “Намалюй сім'ю” дається інструкція “Намалюй портрет всієї твоєї сім'ї”, то при виконанні “Кінетичного малюнка сім'ї” до інструкції додається рекомендація : “Зробіть дещо (деяку дію) разом”. В цій реакції психолог відмічає, що обстежуваний повинен врахувати себе, до того ж

“кінетичний” варіант застосовується здебільшого лише тоді, коли пацієнт вже виконав перший сімейний малюнок.

Хоч дана методика, як правило, застосовується в роботі з дітьми, вона також є результативною і при використанні в роботі з дорослими : занурює у спогади дитинства, заставляючи їх згадувати минулий досвід і сімейні взаємини.

### **Дім – дерево – людина.**

Техніка “Дім – дерево - людина” (Остер, Гоулд., 2000) використовується для того, щоб допомогти терапевтові зібрати дані про міру інтеграції особистості, зрілості і її дієвості. Заслуговує на увагу те, що малюнок цих трьох об’єктів дає емоційно заторможеним людям велику свободу вираження.

### **Колірний тест відносин**

Колірний тест відносин (КТВ), розроблений А.М. Еткіндом,- невербальний компактний діагностичний метод, що відображає як свідомі, так і частково несвідомі рівні відношень людини.

Методичною основою даного методу є колірно-асоціативний експеримент, ідея та процедура якого були розроблені автором. Вони базуються на уявленні про те, що вагомі характеристики невербальних компонентів відносин до значимих інших і до самого себе відбиваються в кольорових асоціаціях до них. Кольорова сенсорика тісно пов’язана з емоційним життям людини. Цей зв’язок, підтверджений в багатьох експериментально-психологічних дослідженнях, давно використовується в ряді психодіагностичних методів.

Так, незадоволеність значущих потреб, неможливість реалізувати домінуючі прагнення викликають фрустрацію, роздратування, негативні емоції, спрямовані на запобігання або подолання перешкод. У свою чергу,

задоволеність мотиву, позитивні очікування викликають у людини зацікавлення, радість, здивування, тобто позитивні емоції.

Таким чином, за допомогою стандартизованої процедури обстеження можна отримати інформацію про внутрішню значущість стимулів, ієрархію мотиваційної сфери, а також про пов'язані з ними очікування, конфлікти.

Передбачається, що у виборі кольору відображається емоційне відношення до осіб, що складають безпосереднє оточення обстежуваного, а також поняття, що мають для нього суттєве значення.

Аналізується не лише вибраний колір, а й його місце в системі кожного з рядів, сконструйованих обстежуваним в ході виконання тесту.

Як стимульний матеріал до тесту використовуються 8 основних кольорів тесту Люшера. З метою забезпечення чистоти результатів необхідно використовувати стандартний набір кольорів.

### **Процедура обстеження**

1. Психолог складає список понять, які мають для випробуваного певне значення. Для більш зручного використання методу можливе складання бланків з набором понять.

### **Бланк відповідей \***

Прізвище, ініціали \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Поняття	Номер кольору	Поняття	Номер кольору
Моя робота		Гроші	
Моє майбутнє		Авторитет	
Моє здоров'я		Кар'єра	
Я		Друзі	
Я ідеальний		Лікарі	
Моя сім'я		Влада	





Моє майбутнє									
Моє здоров'я									
Лікарі									

### 3. Розкладання кольорів Люшера.

Досліджуваному пропонується розкласти кольори Люшера від “найбільш приємного, підхожого” до “найменш приємного, неприємного”. Психолог фіксує розкладки кольорів за вищевказаним кодуванням.

#### Інтерпретація даних.

Якщо з деякою особою чи поняттям асоціюються кольори, що займають перші місця за перевагою, значить, до даної особи чи поняття досліджуваний ставиться позитивно : емоційно приймає його, задоволений відповідним ставленням. І , навпаки, якщо з ним асоціюються кольори, що займають останні місця при розкладанні за перевагою, досліджуваний до них ставиться негативно, емоційно його відторгає.

В короткому варіанті КТВ валентність (відповідність) вимірюється рангом кольору, з яким асоціюється певне поняття в індивідуальному розкладанні кольорів в порядку переважності і може змінюватись від 1 до 8.

У повному варіанті тесту - коефіцієнт рангової кореляції Спірмена між асоціативним рангуванням кольорів в порядку відповідності даного поняття та індивідуальним розкладанням кольорів в порядку переважності може змінюватись від - 1,0 до 1,0.

### **Дослідження самооцінки**

(за допомогою методики Дембо-Рубінштейн)

В методиці Дембо-Рубінштейн обстежуваному надається можливість визначити свій стан за запропіннованими шкалами з урахуванням низки

нюансів, що відображають степінь вираженості тієї чи іншої особистісної властивості.

Методика є досить простою у використанні. На аркуші паперу проводиться вертикальна риска, про яку обстежуваному кажуть, що вона означає щастя, причому верхній полюс відповідає станові повного щастя, а нижній займають самі нещасливі люди. Обстежуваного просять позначити на цій лінії рисою чи кружком своє місце. Такі ж вертикальні лінії проводяться і для вираження самооцінки хворого за шкалами здоров'я, розумового розвитку, характеру.

Після цього приступають до бесіди з хворим, у якій з'ясовують його уявлення про щастя та нещастя, здоров'я та нездоров'я, добрий і поганий характер і т.п. З'ясовується, чому хворий зробив відмітку у певному місці шкали для позначення своїх особливостей. Наприклад, що спонукало його поставити відмітку в заданому місці шкали здоров'я, він вважає себе здоровим чи хворим, якщо хворим, то на яке захворювання, кого він вважає хворим.

В залежності від конкретного завдання, яке стоїть перед психологом, в методику можна вводити і інші шкали. Так, при обстеженні хворих на алкоголізм, доцільно ввести шкали настрою, сімейного благополуччя і службових досягнень. При обстеженні хворих у депресивному стані вводяться шкали настрою, уявлення про майбутнє (оптимістичне чи песимістичне), тривоги, впевненості в собі і т.п.

В аналізі отриманих результатів основну увагу слід приділити не стільки дослідженню на шкалах, скільки обговоренню цих відміток. Психічно здоровим людям характерною є тенденція визначати своє місце на всіх шкалах рисою "трохи вище середини".

У психічно хворих відмічається тенденція відносити риси відміток до полюсів ліній. Важливу роль відіграє ставлення і виявлення неадекватності самооцінки у порівнянні з даною об'єктивною оцінкою обстежуваному його близькими та друзями. Неадекватність і некритичність самооцінки є

характерною для вираженого шизофренічного дефекту і при деяких варіантах слабоумкуватості.

Для характеристики афективно-особистісних властивостей хворого важливе значення має визначення особливостей його поведінки в ситуації обстеження. При цьому слід звернути увагу на відношення хворого до завдання, його зацікавленість в результатах, на неправильне рішення, співставлення з ним подальшої дії хворого.

Отримані з допомогою названої методики результати набувають особливого значення при співставленні з результатами обстеження у даного хворого особливостей мислення та емоційно-вольової сфери.

Самооцінка здоров'я може мати суттєвий вплив на реадaptaцію після серйозного захворювання, а також сама по собі розглядатись як один з головних показників якості життя.

Для вивчення впливу захворювання і пов'язаних з ним факторів на зміну сприйняття свого здоров'я пропонується *шкала оцінки загального стану здоров'я*, запропонована Дж. Мелландом і О.Хевіком. Обстежуваним необхідно оцінити стан свого здоров'я в минулому, теперішньому і майбутньому, за 9-ти бальною шкалою: від 1-го бала („дуже поганий стан здоров'я”) до 9-ти балів („дуже хороший стан здоров'я”).

### **Тест смисложиттєвих орієнтацій (ТСО)**

Тест смисложиттєвих орієнтацій є адаптованою версією тесту "Ціль у житті" (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо і Леонарда Махелика. Методика була розроблена авторами на основі теорії прагнення до змісту і логотерапії Віктора Франкла (Франкл, 1990) і переслідувала ціль емпіричної валідації ряду представлень з цієї теорії, зокрема, представлень про екзистенціальний вакуум і ноогенні неврози. Суть цих уявлень полягає в тім, що невдача в пошуку людиною змісту свого життя (екзистенціальна фрустрація) і відчуття втрати, що випливає з її змісту (екзистенціальний вакуум) є причиною особливого класу

щиросердечних захворювань - ноогенних неврозів, що відрізняються від раніше описаних видів неврозів. Спочатку автори прагнули показати, а) що методика вимірює саме ступінь "екзистенціального вакууму" у термінах Франкла; б) що останнє характерно для психічно хворих і в) що він не тотожний просто психічній патології (Crambaugh, Mahotick, 1964, p.201). "Ціль у житті", що діагностує методика, автори визначають як переживання індивідом онтологічної значимості життя (там же).

Оригінальна методика в її остаточному варіанті складається з 20 шкал, кожна з яких являє собою твердження з закінченням, що роздвоюється: два протилежних варіанти закінчення задають полюси оціночної шкали, між якими можливі сім градацій переваги.

Обстеженим пропонується вибрати найбільш придатну із семи градацій і підкреслити чи обвести відповідну цифру. Обробка результатів зводиться до підсумовування числових значень для всіх 20 шкал і перекладу сумарного балу в стандартні значення (процентилі). Висхідна послідовність градацій (від 1 до 7) чергується у випадковому порядку зі спадної (від 7 до 1), причому максимальний бал (7) завжди відповідає полюсу наявності мети в житті, а мінімальний бал (1) - полюсу її відсутності.

Поряд з описаною вище формалізованою частиною А тест Крамбо і Махолика містить також частини В і С. Частина В складається з 13 незакінчених пропозицій, що торкаються теми змісту і безглуздості життя, а в частині 3 обстежуваному пропонується викласти коротко, але конкретно, його устремління і цілі в житті, а також розповісти, наскільки успішно ці устремління і цілі реалізуються. Автори тесту підкреслюють, що частини В і С не потрібні для більшості досліджень, однак дуже корисні при індивідуальній роботі в клініці за умови, що їх оцінює психіатр, клінічний чи консультуючий психолог (Crambaugh, Maholick, 1981).

*Інструкція:* Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваша задача - вибрати одне з двох тверджень, що, на Вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, у залежності від того,

наскільки Ви впевнені у виборі (чи 0, якщо обоє твердження на Ваш погляд однаково вірні).

1.Зазвичай мені дуже нудно	3 2 1 0 1 2 3	Зазвичай я повний енергій
2.Життя здається мені завжди хвилюючим і захоплюючим	3 2 1 0 1 2 3	Життя здається мені зовсім спокійним і рутинним
3.У житті я не маю визначених цілей і намірів	3 2 1 0 1 2 3	У житті я маю дуже ясні цілі і наміри
4.Моє життя представляється мені вкрай безглуздим і безцільним	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя представляється мені цілком осмисленим і цілеспрямованим
5.Щодень здається мені завжди новим і несхожим на інші	3 2 1 0 1 2 3	Щодень здається мені цілком схожим на всі інші
6.Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими речами, якими завжди мріяв зайнятися	3 2 1 0 1 2 3	Коли я піду на пенсію, я постараюся не обтяжувати себе ніякими турботами
7.Моє життя склалося саме так, як я мріяв	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв
8.Я не домігся успіхів у здійсненні своїх життєвих планів	3 2 1 0 1 2 3	Я здійснив багато чого з того, що було мною заплановане в житті
9. Моє життя порожнє і нецікаве	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя наповнене цікавими справами
10.Якби мені довелося підводити сьогодні підсумок мого життя, то я б сказав, що вона була цілком осмисленим	3 2 1 0 1 2 3	Якби мені довелося сьогодні підбивати підсумок мого життя, то я б сказав, що воно не мало змісту
11.Якби я міг вибирати, то я б побудував своє життя зовсім інакше	3 2 1 0 1 2 3	Якби я міг вибирати, то я б прожив життя ще раз так само, як живу зараз
12.Коли я дивлюся на навколишній світ, він часто приводить мене в розгубленість і занепокоєння	3 2 1 0 1 2 3	Коли я дивлюся на навколишній світ, він зовсім не викликає у мене занепокоєння і розгубленості

13. Я людина дуже обов'язкова	3 2 1 0 1 2 3	Я людина зовсім не обов'язкова
14. Я думаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір за своїм бажанням	3 2 1 0 1 2 3	Я думаю, що людина позбавлена можливості вибирати через вплив природних здібностей і обставин
15. Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною	3 2 1 0 1 2 3	Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною
16. У житті я ще не знайшов свого покликання і ясних цілей	3 2 1 0 1 2 3	У житті я знайшов своє покликання до мети
17. Мої життєві погляди ще не визначилися	3 2 1 0 1 2 3	Мої життєві погляди цілком визначилися
18. Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання і цікаві цілі в житті	3 2 1 0 1 2 3	Я навряд чи здатний знайти покликання і цікаві цілі в житті
19. Моє життя в моїх руках, і я сам керую ним	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя не підвладне мені і воно керується зовнішніми подіями
20. Мої повсякденні справи приносять мені задоволення	3 2 1 0 1 2 3	Мої повсякденні справи приносять мені суцільні неприємності та переживання

### КЛЮЧІ ШКАЛ ТЕСТУ СЖО

Для підрахунку балів необхідно перевести відзначені випробуваним позиції на симетричній шкалі 3 2 1 0 1 2 3 в оцінки по висхідній чи спадній асиметричній шкалі за наступним правилом:

У висхідну шкалу 1234567 переводяться пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.

У спадну шкалу 7654321 переводяться пункти 2,5, 6,7,10,13,14,15,18,19,20.

От приклад перекладу відповідей на перші п'ять пунктів тесту оцінки по асиметричних шкалах:

1. 3 2 1 0 1 2 3 ->3

- 2. 3 2 1 0 1 2 3 ->1
- 3. 3 2 1 0 1 2 3 ->4
- 4. 3 2 1 0 1 2 3 ->5
- 5. 3 2 1 0 1 2 3 ->2

Після цього сумуються бали асиметричних шкал, що відповідають позиціям, відзначеним випробуваним.

Загальний показник ОЖ – усі 20 пунктів тесту;

Субшкала 1 (Цілі) – пп. 3, 4, 10, 16, 17, 18.

Субшкала 2 (Процес) – пп. 1, 2, 4, 5, 7, 9.

Субшкала 3 (Результат) – пп. 8, 9, 10, 12, 20.

Субшкала 4 (Локус контролю - Я) – пп. 1, 15, 16, 19.

Субшкала 5 (Локус контролю - життя) – пп. 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Норми, необхідні для оцінки результатів, приведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Середні і стандартні відхилення субшкал і загального показника ОЖ N

Шкала	Чоловіки		Жінки	
	X	$\sigma$	X	$\sigma$
1. Мета	32,90	5,92	29,38	6,24
2. Процес	31,09	4,44	28,80	6,14
3. Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4. ЛК-Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5. ЛК-життя	30,14	5,80	28,70	6,10
Загальний показник ОЖ	103,10	15,03	95,76	16,54

Інтерпретація субшкал:

1. *Цілі в житті.* Бали за цією шкалою характеризують наявність чи відсутність у житті обстежуваного цілей у майбутньому, що додають життя свідомість, спрямованість і тимчасову перспективу. Нижчі бали за цією шкалою навіть при загальному високому рівні ОЖ будуть належати людині, що живе сьогоднішнім чи вчорашнім днем. Разом з тим, високі бали за цією шкалою можуть характеризувати не тільки цілеспрямовану людину, але і прожектера, плани якого не мають реальної опори в сьогоденні і не підкріплюються особистою відповідальністю за їхню реалізацію. Ці два

випадки нескладно розрізнити, з огляду на показники за іншими шкалами СЖО.

2. *Процес життя веде інтерес і емоційну насиченість життя.* Зміст цієї шкали збігається з відомою теорією про те, що єдиний сенс життя полягає в тому, щоб жити. Цей показник говорить про те, чи сприймає випробуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений змістом. Високі бали за цією шкалою і низькі за іншими будуть характеризувати гедоніста, що живе сьогоdnішнім днем. Низькі бали, за цією шкалою - ознака незадоволеності своїм життям у сьогоdnенні; при цьому, однак, їй можуть додавати повноцінного змісту спогади про минуле чи націленість у майбутнє.

3. *Результативність життя чи задоволеність самореалізацією.* Бали до цієї шкали відбивають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивною і осмисленою була прожита її частина. Високі бали за цією шкалою і низькі за іншими будуть характеризувати людину, що доживає своє життя, у якого усе в минулому, але минуле здатне додати зміст залишку життя. Низькі бали - незадоволеність прожитою частиною життя.

4. *Локус контролю-Я (Я-хазяїн життя).* Високі бали відповідають уявленню про себе, як про сильну особистість, що володіє достатньою волею вибору, щоб побудувати своє життя у відповідності зі своїми цілями і представленнями про його зміст. Низькі бали - невіра у свої сили контролювати події власного життя.

5. *Локус контролю – життя чи керованість життям.* При високих балах - переконання в тім, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення і втілювати їх у життя. Низькі бали - фаталізм, переконаність у тім, що життя людини непідвласне свідомому контролю, Що воля вибору ілюзорна, і безглуздо що-небудь загадувати на майбутнє.



## Методика „Геріатрична шкала оцінки депресії”

Дана методика використовується клінічним психологом для визначення наявності депресивного стану у хворих лікарень та пацієнтів геріатричного будинку. [ 31 ].

*Повна версія - 30 питань, скорочена – 15 і коротка – 4 питання.*

Прізвище, ім'я, по-батькові \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Дата проведення \_\_\_\_\_

**Інструкція:** „Оцініть своє самопочуття на протязі двох останніх тижнів”.

1.Думаючи про своє життя, чи задоволені Ви?	Т	Н
2.Чи змінився об'єм активності і зацікавленості?	Т	Н
3.Чи не думаєте Ви, що життя пусте?	Т	Н
4.Чи часто Ви відчуваєте апатію?	Т	Н
5.Чи думаєте з надією про майбутнє?	Т	Н
6.Чи турбують Вас нав'язливі думки, яких Ви не можете позбутись?	Т	Н
7.Чи переважає у Вас здебільшого добрий настрій?	Т	Н
8.Чи не турбує Вас страх, що вам можуть заподіяти зло?	Т	Н
9.Чи часто Ви відчуваєте себе щасливою людиною?	Т	Н
10.Чи часто Ви відчуваєте безпорадність?	Т	Н
11.Чи часто Вас турбує неспокій?	Т	Н
12.Чи не боїтесь Ви виходити з дому ввечері?	Т	Н
13.Чи часто Вас турбують думки про майбутнє?	Т	Н
14.Чи є у Вас проблеми з пам'яттю більше, ніж у інших людей?	Т	Н
15.Чи вважаєте Ви, що життя є чудовим?	Т	Н
16.Чи часто відчуваєте пригніченість і смуток?	Т	Н
17.Чи відчуваєте себе гіршою людиною, ніж інші?	Т	Н
18.Чи турбують Вас думки про події в минулому?	Т	Н
19.Чи вважаєте Ви, що життя цікаве?	Т	Н
20.Чи важко Вам реалізувати нові плани?	Т	Н
21.Чи відчуваєте Ви себе людиною, сповненою енергії?	Т	Н
22.Чи вважаєте Ви, що ситуація безперспективна?	Т	Н
23.Чи думаєте, що є кращі люди за Вас?	Т	Н
24.Чи дрібниці можуть вивести Вас із рівноваги?	Т	Н
25.Чи часто хочеться плакати?	Т	Н
26.Чи важко Вам на чомусь сконцентрувати свою увагу?	Т	Н
27.Чи прокидаєтесь Ви з хорошим настроєм?	Т	Н

28. Чи уникаєте Ви іноді зустрічей з друзями?  
 29. Чи легко приймаєте рішення?  
 30. Чи легкість мислення є така ж, як і колись?

T H  
 T H  
 T H

**Обробка результатів**

	Так	Ні
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Повна версія – 30 запитань

Підрахунок балів

0-10 – без депресії

11-20 – легка депресія

>21 – глибока депресія

	Так	Ні
1		
2		

Скорочена версія – 15 запитань

Підрахунок балів

0-5 – без депресії

6-15 – легка депресія

3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

	Так	Ні
1		
2		
3		
4		

Коротка версія – 4 запитання

Підрахунок балів  
 0 – відсутність депресії  
 1 – неозначена депресія  
 >1 – наявність депресії

### **Діагностика типів ставлення до хвороби.**

Протягом останніх десятиріч поруч з успіхами біологічної терапії гострих соматичних захворювань відмічається ріст затяжних, хронічних, стертих форм захворювань легень, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та ін. В патогенезі затяжних форм *психічний* фактор набуває важливого значення. Це призвело до розширення кола захворювань, які розглядаються як “психосоматичні”. Хворі, що страждають хронічними

соматичними захворюваннями, поряд із специфічним біологічним лікуванням, потребують і психотерапевтичної допомоги. Метою психотерапії у цьому випадку є зміна ставлення хворого до своєї хвороби, до самого себе і до свого оточення.

Діагностика типів ставлення до хвороби, яка є необхідною для застосування диференційованих психотерапевтичних і реабілітаційних програм, може здійснюватись шляхом розпитування хворого, спостереження за його поведінкою, збором відомостей від рідних та близьких і т.п. Особливо заслуговує на увагу спеціально розроблений діагностичний опитувальник – *Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБІ)*, розроблений з метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних стосунків у хворих хронічними соматичними захворюваннями.

Опитувальник побудований на принципі згаданої концепції “психології ставлення”. Діагностується сформований під впливом хвороби патерн ставлень до самої хвороби, до її лікування, лікарів та медперсоналу, рідних та близьких, оточення, роботи (навчання), самотності та майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит).

За допомогою даної методики можуть бути виявлені такі типи відношень [Лічко А.Є., Іванов М.Я., 1980]: гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний, паранойяльний.

1. *Гармонійний (Г)*. Оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість та без бачення всього в темних тонах, але і без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших піклуванням за собою. У випадку неблагоприятного прогнозу - переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються досяжними хворому: зосереджуються на уважності, піклуванні, інтересах та долі близьких, своєї справи.

2. *Тривожний (Т)*. Безперервний неспокій стосовно несприятливого перебігу протікання хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жадоба додаткової інформації про хворобу, методи лікування, безперервний пошук «авторитетів». На відміну від іпохондрії, більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результат аналізів, висновки спеціалістів), ніж власні відчуття. Настрій - тривожний, пригнічений.

3. *Іпохондричний (І)*. Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі - перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб та страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Переплетення бажання лікуватися та невіри в успіх, вимог детального обслідування та боязку шкоди та болючості процедур.

4. *Меланхолійний (М)*. Невіра в одужання, в можливість покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все довкола. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

5. *Апатичний (А)*. Повна байдужість до своєї долі, до висновку хвороби, до результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам та лікуванню при наполегливому стимулюванні зі сторони. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. *Неврастенічний (Н)*. Поведінка по типу «подразнювальної слабкості». Спалахи подразнення, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першу зустрічну людину і завершується нерідко слізьми. Нетерпимість, нездатність чекати полегшення. В наступному - розкаяння за нестриманість.

7. *Обсесивно-фобічний (О)*. Тривожність перш за все торкається не реальних, а маловірогідних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейної ситуації

в зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають забобони та ритуали.

8. *Сенситивний (С)*. Надмірне піклування про можливі неприємні враження, які може справити на оточуючих хвороба. Побоювання, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінним, з побоюванням відноситися, розпускати плітки або свідчення про причину та природу хвороби. Боязкість стати тягарем для близьких через хворобу.

9. *Егоцентричний (Я)*. «Занурення в хворобу». Виставлення на показ близьким та оточуючим своїх страждань та переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість у відношенні хвороби.

10. *Ейфоричний (Ф)*. Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко наганий. Зневажливе легкодумне відношення до хвороби та лікування. Надія на те, що «саме все пройде». Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо вплинути на перебіг хвороби.

11. *Анозогностичний (З)*. Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки. Заперечення дійсного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам. Відмова від обстеження та лікування. Бажання «перебитися своїми засобами».

12. *Ергопатичний (Р)*. «Відхід від хвороби в роботу». Навіть при тяжкості хвороби та стражданнях прагнуть за будь-яку ціну продовжувати роботу. Працюють із ще більшим натхненням, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, стараються лікуватися так, щоб це залишало можливість для продовження роботи.

13. *Паранояльний (П)*. Впевненість, що хвороба - результат чийогось злого задуму. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків злому задуму лікарів та медичного персоналу. Звинувачення та вимагання покарань у зв'язку з цим.

*Техніка дослідження та розкодування результатів*. Хворому дається буклет з текстом опитувальника та реєстраційним листом. Пояснюється, що

на кожну тему можна зробити від 1 до 3 виборів (не більше!) та номери зроблених виборів обвести кружечком. Якщо жодне із визначень не підходить, обводиться символ 0. Якщо хворий не бажає відповідати саме на дану тему, графа залишається незаповненою. Однак число нуликів та незаповнених граф в сумі не має переважати трьох. Час заповнення реєстраційного бланку не обмежений. Але консультиватися з іншими не дозволяється. Розкодування зручно здійснювати з допомогою графіка (див. нижче), де по абсцисі позначені символи типів, а по ординаті відкладені хрестиками бали на користь кожного із типів:

10														
9														
8													х	
1													х	
1													х	
1													х	
4	Х												х	
3	Х						х	х					х	
2	Х						х	х	х				х	
1	Х						х	х	х				х	
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П	

*Графік розкодування результатів дослідження при допомозі ЛОБІ*

Кожний буквенний символ в графі «Бали для розкодування» відповідають 1 балу на користь відповідного типу: Г - гармонійного, Т - тривожного і т.д. Два та більше символи за один вибір, наприклад ТН, ЗФ, означають, що по одному балові нараховується за кожний із цих типів. Подвоєні символи, наприклад, ПП, РР, означають, що на користь даного типу нараховується по два бали.

Після побудови графіку діагностика типу здійснюється відповідно до наступних правил:

1. Діагностуватися можуть лише типи, у відношенні яких набрано таке число балів, яке досягається або перевищує мінімальне діагностичне число для даного типу. Мінімальне діагностичне число для різних типів різне:

<i>Тип відношення</i>	<b>Г</b>	<b>Т</b>	<b>І</b>	<b>М</b>	<b>А</b>	<b>Н</b>	<b>О</b>	<b>С</b>	<b>Я</b>	<b>Ф</b>	<b>З</b>	<b>Р</b>	<b>П</b>
<i>Мінімальне діагностичне число</i>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

### Діагностичне число

2. Якщо мінімальне діагностичне число досягнуте або перевищене у відношенні кількох типів, діагностується 2-3 типи, де перевищення найбільш велике. Якщо ж цього зробити не вдається, то жоден тип не діагностується.

3. Гармонійний тип діагностується тільки тоді, коли згідно правил 1 і 2, не діагностується другий тип. В переплетенні гармонійний тип не діагностується.

На наведеному вище графіку на користь ергопатичного типу (Р) набрано 8 балів, тобто мінімальне діагностичне число перевищує на 2 бали. На користь сенситивного типу набрано 3 бали, тобто мінімальне діагностичне число лише досягнуто. У відношенні всіх інших типів (Т, О, І, Н) мінімальне діагностичне число не досягнуто. Таким чином, діагностується змішаний тип - ергопатичний з рисами сенситивності.

## **Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту ЛОБІ.**

*Інструкція:* „Перед Вами текст опитувальника із запропонованими виборами по 12 розділах. Вам необхідно вибрати із кожного розділу не більше трьох тверджень, які відображають Вашу думку. Якщо жодне з



визначень не підходить Вам, відмітьте останній вибір „0”. Номери вибраних відповідей занесіть у нижче поданий бланк.”

### **САМОПОЧУТТЯ:**

1. З тих пір, як я захворів, в мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил.
3. Дурне самопочуття я стараюсь перебороти.
4. Погане самопочуття я стараюсь не показувати іншим.
5. У мене майже завжди щось болить.
6. Погане самопочуття виникає у мене після засмучення.
7. Погане самопочуття виникає у мене від очікування неприємностей.
8. Я стараюсь терпляче переносити біль і фізичні страждання.
9. Моє самопочуття задовільняє мене.
10. З тих пір, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з приступами роздратованості і почуттям пригнічення.
11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як відносяться до мене оточуючі.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **НАСТРІЙ:**

1. Як правило, настрій у мене дуже хороший.
2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і роздратованим.
3. У мене настрій портиться від очікування можливих неприємностей, переживання за близьких, невпевненості в майбутньому.
4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися смутку.
5. Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій.
6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.
7. У мене переважно зовсім байдужий настрій.
8. В мене бувають приступи роздратованості, під час яких перепадає оточуючим.
9. У мене не буває смутку, але може бути озлобленність і гнів.
10. Найменші неприємності сильно задівають мене.
11. Через хворобу у мене завжди тривожний настрій.
12. Мій настрій як правило такий же, як в оточуючих мене людей.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

## **СОН ТА ПРОБУДЖЕННЯ ВІД СНУ.**

1. Прокинувшись , я відразу заставляю себе встати.
2. Ранок для мене – найважчий час доби.
3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути.
4. Я погано сплю вночі і почуваю сонливість вдень.
5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко.
6. Зранку я більш активний і мені легше працювати, ніж ввечері.
7. У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають гнітючі сновидіння.
8. Безсоння у мене настає періодично без особливих причин.
9. Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати в певний час.
10. Зранку я встаю бадьорим та енергійним.
11. Я просинаюся з думкою про те, що сьогодні потрібно буде зробити.
12. Ночами у мене бувають приступи страху.
13. Зранку я відчуваю повну байдужість до всього.
14. Я можу вільно регулювати свій сон.
15. Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу.
16. Увісні мені бачаться різні хвороби.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

## **АПЕТИТ ТА ВІДНОШЕННЯ ДО ЇЖІ.**

1. Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях.
2. У мене хороший апетит.
3. У мене поганий апетит.
4. Я люблю ситно поїсти.
5. Я їм з задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.
6. Мені легко можна спортити апетит.
7. Я боюсь спорченої їжі і завжди перевіряю її свіжість та доброякісність.
8. Їжа мене цікавить перш за все як засіб підтримати здоров'я.
9. Я стараюсь притримуватися дієти, яку сам розробив.
10. Їжа не дає мені ніякого задоволення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ.**

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.
3. Стараюсь не думати про свою хворобу і жити безпроблемним життям.
4. Моя хвороба більше за все мене пригнічує тим, що люди почали відсторонюватись від мене.
5. Без кінця думаю про всіх можливих ускладненнях, пов'язаних із хворобою.
6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого доброго мене не чекає.
7. Вважаю, що моя хвороба запущена через неухважність та невміння лікарів.
8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.
9. Стараюсь перебороти хворобу, працювати як і раніше і навіть ще більше.
10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.
11. Я здоровий, і хвороби мене не непокоять.
12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги.
13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерпимим, запальним.
14. Я знаю за чиєю провиною я захворів, і не пробачу цього ніколи.
15. Я усіма силами стараюсь не піддаватися хворобі.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **ВІДНОШЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ.**

1. Уникаю будь-якого лікування – надіючись, що організм сам переборить хворобу, якщо про неї менше думати.
2. Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані із наміченим лікуванням.
3. Я був би готовий на найважче чи навіть небезпечне лікування, тільки б позбавитися хвороби.
4. Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним.

5. Я шукаю нові способи лікування, але, нажаль, у всіх них постійно розчаровуюсь.
6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію.
7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безкінечні думки про ускладнення та небезпечність, з ними пов'язані.
8. Від лікування мені стає тільки гірше.
9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів.
10. Вважаю, що серед застосованих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.
11. Вважаю, що мене лікують невірно.
12. Я жодного лікування не потребую.
13. Мені набридло безкінечне лікування, хочу лише, щоб мене залишили в спокої.
14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.
15. Мене дратує і озлоблює, коли лікування не дає покращення.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **СТАВЛЕННЯ ДО ЛІКАРІВ ТА МЕДПЕРСОНАЛУ.**

1. Найголовнішою у всякому медичному працівникові я вважаю увагу до хворого.
2. Я хотів би лікуватися у такого лікаря, у якого більша відомість.
3. Вважаю, що захворів найшвидше за провиною лікарів.
4. Мені здається, що лікарі мало що розуміють в моїй хворобі і тільки роблять вигляд, що лікують.
5. Мені всерівно хто і як мене лікує.
6. Я часто непокоюсь про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.
7. Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь.
8. Я звертаюсь то до одного, то до іншого лікаря, бо не впевнений в успіху лікування.
9. З великою повагою я відношусь до медичної професії.
10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неухважні і несумлінно виконують свої обов'язки.
11. Я буваю нетерпимим і дратівливим з лікарями і персоналом, а потім шкодую про це.

12. Я здоровий і допомогу лікарів не потребую.
13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **СТАВЛЕННЯ ДО РІДНИХ ТА БЛИЗЬКИХ.**

1. Я настільки завантажений думками про мов хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати.
2. Я стараюсь рідним та близьким не показувати вигляду який я хворий, щоб не пригнічувати їм настрою.
3. Близькі марно хочуть зробити з мене важкохворого.
4. Мене охоплюють думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.
5. Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби і не співчують моїм стражданням.
6. Близькі не рахуються з моєю хворобою і хочуть жити в своє задоволення.
7. Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими.
8. Через хворобу втратився всякий інтерес до справ та хвилювань близьких та рідних.
9. Через хвороби я став тягарем близьким.
10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликає у мене неприязнь.
11. Я вважаю, що захворів через моїх рідних.
12. Я стараюсь якнайменше давати приводу для незручностей моїм близьким через мою хворобу.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **ВІДНОШЕННЯ ДО РОБОТИ (НАВЧАННЯ).**

1. Хвороба робить мене непридатним працівником (не здатним навчатися).
2. Я боюся, що через хворобу я позбавлюсь хорошої роботи (прийдеться піти із хорошого навчального закладу).
3. Моя робота (навчання) стала для мене зовсім байдужою.
4. Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання).
5. Весь час турбуюсь, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не справитись із навчанням).

6. Вважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) вчинили шкоду моєму здоров'ю.
7. На роботі (за місцем навчання) зовсім не рахуються з моєю хворобою і навіть придираються до мене.
8. Не вважаю, що хвороба може завадити моїй роботі (навчанню).
9. Я стараюсь, щоб на роботі (за місцем навчання) якнайменше знали і говорили про мою хворобу.
10. Я вважаю, що недивлячись на хворобу, потрібно продовжувати роботу (навчання).
11. Хвороба зробила мене на роботі (на навчанні) непосидючим та нетерпеливим.
12. На роботі (на навчанні) я прагну забути про свою хворобу.
13. Всі дивуються і захоплюються тим, що я успішно працюю (навчаюся) недивлячись на хворобу.
14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **СТАВЛЕННЯ ДО ОТОЧУЮЧИХ.**

1. Мені тепер все одно хто мене оточує і хто біля мене.
2. Мені хочеться тільки, щоб оточуючі залишили мене в спокої.
3. Коли я захворів всі про мене забули.
4. Здоровий вигляд та життєрадісність оточуючих викликають у мене дратівливість.
5. Я стараюсь, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби.
6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться.
7. Мені б хотілось, щоб оточуючі пізнали на собі, як важко хворіти.
8. Мені здається, що оточуючі відсторонюються мене через мою хворобу.
9. Оточуючі не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.
10. Моя хвороба і те, як я її переносю, дивують та вражають оточуючих.
11. З оточуючими я стараюсь не говорити про мою хворобу.
12. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу.
13. Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб.

14. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати і навіть дратувати мене.
15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **ВІДНОШЕННЯ ДО САМОТНОСТІ.**

1. Надаю перевагу самотності, тому що мені одному стає легше.
2. Я відчуваю, що хвороба піддає мене на повну самотність.
3. На самоті я стараюсь знайти якусь цікаву та важливу роботу.
4. На самоті у мене з'являються нерадінні думки про хворобу, ускладнення, можливі страждання.
5. Часто, залишившись на одинці, я швидше заспокоююсь: люди мене почали сильно дратувати.
6. Соромлячись хвороби, я стараюсь віддалитись від людей, а на самоті скучаю за людьми.
7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.
8. Мені стало все одно: що бути серед людей, що залишатися в самотності.
9. Бажання побути самому залежить у мене від обставин та настрою.
10. Я боюся залишатися на самоті через небезпечність, пов'язану з хворобою.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **ВІДНОШЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО.**

1. Хвороба робить моє майбутнє пасмурним та сумним.
2. Моє здоров'я не дає поки що жодних передумов хвилюватися за майбутнє.
3. Я завжди надіюсь на щасливе майбутнє, навіть в найсумніших ситуаціях.
4. Не вважаю, що хвороба може суттєво відобразитися на моєму майбутньому.
5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюсь досягти покращення здоров'я в майбутньому.
6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом в моїй роботі (навчанні).

7. Мені стало байдуже, що буде зі мною в майбутньому.
8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.
9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів.
10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює смуток та дратівливість на інших людей.
11. Через хвороби я дуже тривожусь за своє майбутнє.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

## РЕЄСТРАЦІЙНИЙ БЛАНК

П.І.П. \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

---

**Самопочуття** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

**Настрій** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

**Сон та пробудження від сну** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 0

**Апетит та відношення до їжі** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

**Відношення до хвороби** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

**Відношення до лікування** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

**Відношення до лікарів та медперсоналу** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

**Відношення до рідних та близьких** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

**Відношення до роботи (навчання)** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0

**Відношення до оточуючих** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

**Відношення до самотності** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0



## Відношення до майбутнього 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

**Обробка:** за кожне співпадання вибраної відповіді з нормативною (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічені кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

### Нормативний трафарет:

<u>Самопочуття</u>	<u>Настрій</u>
1.Г	1. Ф
2.З	2.ННТЯ
3.Г	3.ООС
4.П	4.Г
5.І	5.ІЯ
6.Н	6.ТН
7.Г	7. А
8. –	8. –
9. –	9. –
10.ТН	10. П
11. –	11.ТТО
0. –	12. –
	0. –
<u>Сон та пробудження від сну</u>	<u>Апетит та відношення до їжі</u>
1. –	1. С
2. –	2. ФП
3.ТНО	3. І
4. А	4. –
5. –	5. З
6. –	6. –
7. –	7. І
8. –	8. Р
9. –	9. І

10. –	10. П
11. СС	0. –
12. О	
13. –	
14. –	
15. О	
16. –	
0. –	

Відношення до хвороби

Відношення до лікування

1.Г	1. –
2.АА	2. –
3.ФФ	3. –
4.С	4. –
5.ОО	5. –
6.І	6. –
7.П	7. –
8.З	8. –
9.РР	9. –
10.І	10. П
11.З	11.П
12.ЯЯ	12. -
13.НН	13. -
14.П	14. Г
15.Г	15. -
0. –	0. ЗФФ

Відношення до лікарів та  
мед.персоналу

Відношення до рідних  
та близьких

1.Г	1. -
2.І	2. СР
3.П	3. -
4. -	4. -
5. -	5. І

6. -	6. -
7. -	7. Я
8.Я	8. -
9.Г	9. -
10.НП	10. -
11. -	11. -
12. -	12. ГРР
13. -	0. -
14. -	
15. -	
0.	

Відношення до роботи (навчання)

Відношення до оточуючих

1.А	1. –
2.-	2. –
3.-	3. –
4.-	4. –
5.С	5. –
6.-	6. 3З
7.О	7. –
8.Ф	8. –
9.Р	9. Я
10.РР	10. -
11.-	11.-
12.-	12. -
13.-	13. -
14.-	14.І
0. –	15.Г
	0.-

Відношення до самотності

Відношення до майбутнього

1.АС	1. АА
2.-	2.3Ф

3.-	3.-
4.-	4.33
5.НЯ	5.ГТ
6.-	6.-
7.-	7. А
8. -	8. ІСЯЯ
9. ГФ	9. П
10.СЯ	10. -
0.Ф	11.-
	0.-

**Інтерпретація:** висновок про переважаючий тип психічного реагування на захворювання робиться на основі порівняння отриманих при обробці даних досліджуваного за всіма типами реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідне мінімальне діагностичне число.

Тип реагування	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Мінімальне діагностичне число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Показники досліджуваного													

Позначення: Г – гармонійний, Т – тривожний, І – іпохондричний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – невротичний, О – obsесивно-фобічний, С – сензитивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфоричний, З – анозогностичний, Р – ергопатичний, П – паранояльний.

Система відношень, пов'язаних з хворобою, може не вклатися в один з описаних типів. Тут мова може йти про змішані типи, особливо близькі за картиною (тривожно-obsесивний, ейфорично-анозогностичний, сензитивно-

ергопатичний та ін.). Але система відношень може ще не скластися в єдиний патерн - тоді жоден із перерахованих типів не може бути діагностований та риси багатьох чи всіх типів бувають виявлені більш-менш рівномірно.

### **Тест акцентуації характеру**

У кожної людини можна визначити не одну сотню особистісних рис – а саме: доброту, принциповість, цілеспрямованість та ін., які особливо не виділяються і проявляються однаковою мірою.

Кілька яскравих особистісних рис складають малюнок особистості. У такому разі кажемо: "Він людина цілеспрямована й дуже принципова, на нього можна покластися в скрутній ситуації", або "Це добра, чуйна людина, завжди допоможе". Якщо ж у людини виділяється одна з особистісних рис, причому дуже яскраво, помітно, - це так звана акцентуація характеру чи психотип особистості.

Якщо ця властивість характеру, яскраво виражена в акцентуації особистості, заважає людині жити в суспільстві або суспільству важко прийняти цю людину, то в цьому випадку йдеться про психопатичну особистість; коли ж ця властивість з плином часу ще й посилюється, то маємо справу з проявом психічного захворювання.

К. Леонгард зазначив, що "...акцентуація – це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але які мають тенденцію до переходу в патологічний стан".

Ми розглядаємо риси характеру в рамках звичайного малюнка особистості й виділяємо 13 типів акцентуації, тобто яскраво виражених характерів-психотипів, які описали у роботі вінницькі колеги І. А. Слободянюк, О. О. Холодова, О. І. Олексенко.

### **Інструкція до тесту**

Зробіть табличку (див. бланк для відповідей). У клітинки (1 - 104) записуйте свої відповіді зліва направо ряд за рядом. Відповідаючи на твердження тесту, оцінюйте ступінь своєї згоди або незгоди такими балами:

+2 - цілком правильно, я звичайно так і роблю;  
 + 1 - правильно, але бувають відчутні винятки;  
 0 - важко сказати,  
 -1 - неправильно, але іноді бувають такі ситуації;  
 -2 - зовсім неправильно, це невласливе моєму звичайному життю.

Намагайтеся не відповідати "Важко сказати", віддайте перевагу одній із решти чотирьох відповідей, співвіднівши її зі своїми звичками, бажаннями, вчинками. Причому будь-яке з наведених у тесті тверджень потрібно оцінювати, виходячи з принципу "як правило" і зі звичного для вас способу життя. Адже ми всі час від часу буваємо то веселими, то роздратованими.

### Бланк для відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII

Прізвище, ім'я \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Можна підготувати наперед необхідну для дослідження кількість бланків або запропонувати кожному перед початком тестування накреслити їх для віднови за поданим зразком.

Тестування можна проводити як індивідуально, так і з цілою груп дітей одночасно. Проводячи індивідуальне тестування дитині видають текст тесту, що містить 104 твердження, які вона повинна уважно прочитати, оцінити, виходячи зі своєї згоди чи незгоди, а записати відповідний бал у бланку для відповідей.

Під час групового тестування також можна роздати тексти тесту (якщо їх є в достатній кількості). При цьому потрібно попросити дітей, щоб вони не робили в тексті жодних поміток. Допускається й усне тестування: дослідник читає всі 104 твердження вголос, обов'язково двічі кожне з них, а діти відразу оцінюють своє ставлення певним балом у бланку для відповідей.

Відповіді й оцінки в *балах* доцільно записати на дошці.

Якщо в тестованих виникають запитання щодо змісту тверджень тесту, дослідникові потрібно пояснити незрозумілі слова чи смисл усього твердження.

Час для проведення тесту разом з поясненням інструкції - приблизно 35 - 40 хв.

### **Текст тесту**

1. Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що маю в цьому рацію.
2. Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать із вигоди.
3. Я завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. Як правило, настрій у мене добрий.
4. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене люди.
5. Мій настрій поліпшується, коли мене залишають самого.
6. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба піднятися у певний час, я надто поміркований, постійно тривожуся й непокоюся про все.
7. Найменші неприємності прикро вражають мене; після засмучення і занепокоєння виникає погане самопочуття.
  
8. У мене поганий і неспокійний сон, часто бувають болісно-тужливі сновидіння; ранок для мене - найтяжча пора доби.
9. Мій настрій звичайно такий же, як і в людей довкола.
10. За друзями, з якими довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових.
11. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень, часто буваю

роздратованим.

12. Мій настрій легко змінюється без поважних причин.

13. Тижні доброго самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я почуваюся погано.

14. Я вважаю, що в людини мусить бути велика і серйозна мета, заради якої варто жити.

15. У мене трапляються приступи поганого самопочуття з роздратованістю і почуттям нудьги.

16. Я сплю мало, але вранці встаю бадьорим і енергійним.

17. Мій настрій дуже залежить від товариства, у якому я перебуваю.

18. Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося.

19. Погане самопочуття виникає в мене внаслідок хвилювання й очікування неприємностей.

20. Часто я соромлюся їсти при сторонніх людях, я надмірно чутливий.

21. Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг.

22. Я вважаю, що самому не варто виділятися серед інших людей.

23. Я легко знайомлюся.

24. Про свій одяг я мало думаю.

25. У якісь дні я просинаюся веселим і життєрадісним, в інші – без усякої причини з самого ранку пригнічений і сумний.

26. Інколи в мене вовчий апетит, інколи нічого не хочеться їсти.

27. Життя навчило мене не бути надто відвертим навіть із друзями.

28. Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають жахливі, кошмарні сновидіння.

29. Я люблю ласощі й делікатеси та ненавиджу заздалегідь розраховувати свої витрати.

30. Мій сон багатий на яскраві сновидіння.

31. Я не можу знайти собі друга до душі й страждаю від того, що мене не розуміють, прагну триматися далі від інших людей.

32. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, від непевності в собі, від турботи про близьких.

33. Якщо в мене щось позичили, я соромлюся про це нагадати.

34. Мені здається, що інші люди мене зневажають, дивляться на мене з погордою.

35. Перш ніж познайомитись, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що про неї кажуть інші.

36. Я прагну бути з людьми, важко переношу самотність.

37. У майбутньому мене найбільш турбує моє здоров'я; дорікаю батькам, що в дитинстві вони приділяли мало уваги моєму здоров'ю.

38. Я люблю вдягнутися так, щоб личило мені.

39. Інколи я люблю великі товариські компанії, інколи уникаю їх і шукаю самотності.



40. У мене не буває зажури й суму, але може бути розлюченість та гнів.
41. Зради я ніколи не пробачив би.
42. Я легко сходжуся з людьми за будь-яких обставин, охоче знайомлюся, люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них.
43. Я люблю яскравий одяг, що впадає у вічі.
44. Я люблю самотність, свої невдачі я переживаю сам.
45. Я багато разів зважую всі “за” і “проти”, але все ж не відважуюсь ризикнути; можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.
46. Моя сором'язливість заважає мені познайомитися з тим, з ким хотілося б.
47. Я уникаю нових знайомств, мені не вистачає рішучості у всьому.
48. Намагаюся жити так, щоб інші не могли сказати про мене нічого поганого.
49. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє, тим більше - наперед розраховувати свої витрати.
50. Я почуваюся таким хворим, що мені не до друзів.
51. Інколи до грошей я ставлюся легко, витрачаю їх не задумуючись; інколи все боюся залишитися без грошей.
52. Інколи мені добре з людьми, інколи вони набридають мені.
53. Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам і інтересам.
54. Для мене головне, щоб одяг був зручним, охайним і чистим.
55. Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани.
56. Я віддаю перевагу тим друзям, які дуже уважні до мене.
57. Я люблю придумувати нове, все переінакшувати й робити по - своєму, не так, як усі.
58. Мене часто непокоїть, що мій костюм не в порядку.
59. Я боюся самотності, проте часто виходить так, що я опиняюся на самоті.
60. Самотнім я почуваю себе спокійніше.
61. Я вважаю, що жодна людина не повинна відриватися від колективу.
62. Люблю різноманітність і зміни в житті.
63. Товариство людей мене швидко втомлює і дратує.
64. Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил, чергуються з періодами, коли я дорікаю собі за недисциплінованість.
65. Часом я задоволений собою, часом сварю себе за нерішучість і млявість.
66. Я не боюся самотності, свої невдачі переносю сам і ні в кого не шукаю співчуття й допомоги.
67. Я дуже акуратний у грошових справах, засмучуюся і відчуваю прикрість, коли не вистачає грошей.

68. Я люблю зміни в житті - нові враження, нових людей, нове оточення.
69. Я не терплю самотності, завжди прагну бути серед людей; з боку інших найбільше ціную увагу до мене.
70. Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом.
71. Я часто довго роздумую над тим, правильно чи ні я щось сказав або зробив стосовно інших.
72. Я часто побоююся, що мене помилково приймуть за порушника законів.
73. Майбутнє видається мені похмурим і безперспективним, невдачі гнітять мене, і найперше я звинувачую самого себе.
74. Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним.
75. При невдачах мені хочеться втекти кудись далеко й не повертатися.
76. Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якось звик.
77. Я легко сварюся, але швидко й мирюся.
78. Періодами я люблю "задавати тон", бути першим, але деколи це мені набридає.
79. Я певен, що в майбутньому докажу всім свою правоту.
80. Віддаю перевагу раз і назавжди встановленому порядку, мені подобається навчати людей правил і порядку.
81. Я люблю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик.
82. Пригоди й ризик приваблюють мене, якщо в них мені дістається перша роль.
83. Я люблю опікувати тих, хто мені подобається.
84. На самоті я розмірковую чи розмовляю з уявним співбесідником, мимоволі думаю про можливі неприємності та біди, які можуть трапитися в майбутньому.
85. Нове мене приваблює, але водночас непокоїть і тривожить; невдачі доводять мене до відчаю.
86. Я боюся змін у житті, нова обстановка мене лякає.
87. Я охоче наслідую авторитетних людей.
88. Одним людям я підкоряюся, іншими керую сам.
89. Я охоче вислуховую ті поради, які стосуються мого здоров'я.
90. Трапляється, що зовсім незнайома людина відразу викликає в мені довіру й симпатію.
91. Деколи моє майбутнє видається мені світлим, деколи - похмурим.
92. Завжди знаходяться люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет.
93. Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.
94. Я вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила й закони можна обійти.
95. Я люблю бути першим, щоб мене наслідували, йшли за мною інші.

96. Я не прислухаюся до заперечень і критики, завжди думаю і роблю по-своєму.

97. Коли трапляється невдача, я завжди шукаю, що я зробив неправильно.

98. Маленьким я був уразливою і чутливою дитиною.

99. Мені не подобається керувати людьми, відповідальність мене лякає.

100. Вважаю, що нічим не відрізняюся від більшості людей.

101. Мені не вистачає посидючості й терпіння.

102. Нове мене приваблює, але часто швидко втомлює і набридає; мені не до пригод.

103. У гарні хвилини я задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що бракує позитивних якостей.

104. Деколи я легко переношу зміни у своєму житті й навіть люблю їх, але часом їх побоююсь й уникаю.

### **Результати тестування розшифровуються таким чином:**

1. Підраховується сума балів у кожній вертикальній колонці, наприклад сума балів, поставлених дитиною у клітинках під № 1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92. Визначаючи суму, слід враховувати знак "+" чи "-". Сума балів кожної колонки знаходиться в діапазоні від +16 (якщо всі вісім тверджень оцінено тестованим +2, тобто "цілком правильно") до -16 (якщо всі твердження оцінено -2, тобто "зовсім неправильно").

2. Розкодовується найменування зашифрованих у вертикальних колонках типів характеру:

I	(1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92)	параноїк,
II	(2, 15, 28, 41, 54, 67, 80, 93)	епілептоїд,
III	(3, 16, 29, 42, 55, 68, 81, 94)	гіпертим,
IV	(4, 17, 30, 43, 56, 69, 82, 95)	істероїд,
V	(5, 18, 31, 44, 57, 70, 83, 96)	шизоїд,
VI	(6, 19, 32, 45, 58, 71, 84, 97)	психастеноїд,
VII	(7, 20, 33, 46, 59, 72, 85, 98)	сензитив,
VIII	(8, 21, 34, 47, 60, 73, 86, 99)	гіпотим,
IX	(9, 22, 35, 48, 61, 74, 87, 100)	конформний тип,
X	(10, 23, 36, 49, 62, 75, 88, 101)	нестійкий тип,
XI	(11, 24, 37, 50, 63, 76, 89, 102)	астенік,
XII	(12, 25, 38, 51, 64, 77, 90, 103)	лабільний тип,
XIII	(13, 26, 39, 52, 65, 78, 91, 104)	циклоїд.

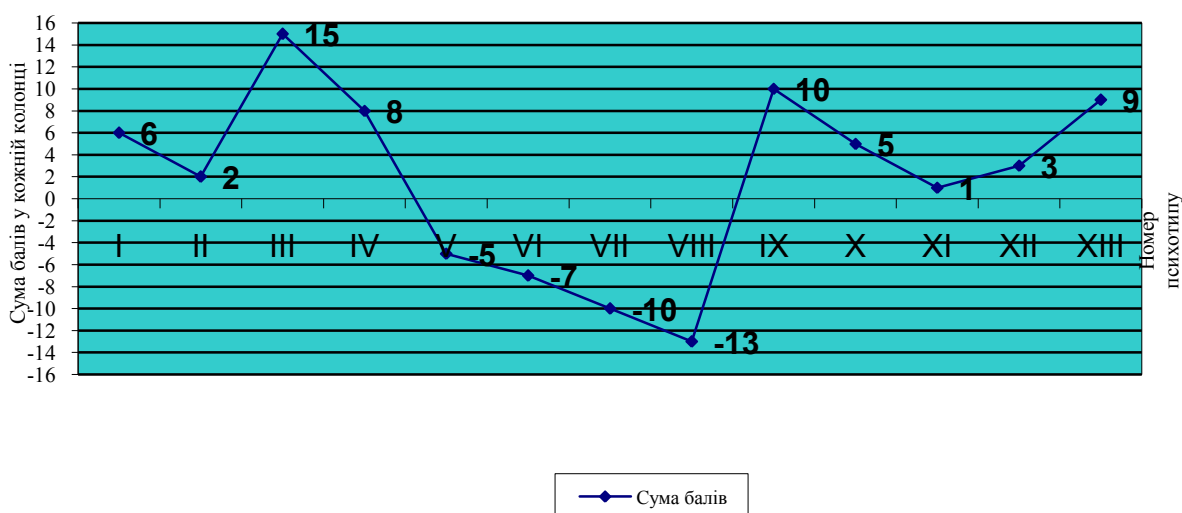
3. Визначається ступінь вираженості кожного з психотипів за допомогою побудови графіка "Рисунок особистості". Наведемо приклад

побудови графіка на підставі розшифрування результатів тестування одного з підлітків.

Номер психотипу	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
Сума балів у кожній колонці	+6	+2	+15	+8	-5	-7	-10	-13	+10	+5	+1	+4	+9

Якщо крива не виходить за межі точок +10 і -10, це означає, що психотип перебуває в рамках звичайного рисунка особистості (ці точки прийняті спеціалістами за нормативні).

**Графік "Рисунок особистості"**



Якщо крива виходить за межі точки +10, то це означає, що якийсь психотип у тестованого проявляється найяскравіше.

Якщо ж одна чи кілька точок знаходяться за межами точки - 10, то це означає, що в тестованого проявляється антитип, тобто риси, властиві людині з протилежним характером. У нашому випадку в підлітка найбільш яскраво проявляються риси гіпертима (точка + 15, що відповідає психотипу III, знаходиться вище 10 лінії) і антигіпотима (точка -13, яка відповідає психотипу VIII, знаходиться нижче -10 лінії).

Не слід забувати про те, що багато людей - неакцентовані особистості, тобто в них у рисунку особистості немає помітних "виступів".

Звичайно у дітей виявляються риси двох-трьох психотипів.

## **Коротка характеристика основних психотипів і практичні поради**

До інформаційної моделі описуваних психотипів включено такі основні параметри:

- домінуючі риси характеру;
- привабливі (позитивні) риси характеру;
- відразливі (негативні) риси характеру;
- вразливе місце характеру;
- особливості спілкування й дружби;
- ставлення до навчання й роботи.

Після характеристики кожного психотипу даються практичні рекомендації, включаючи опис конфліктогенних ситуацій, тобто ситуацій, які провокують прояви негативних рис характеру того чи іншого психотипу, і ситуацій успіху, тобто ситуацій, які допомагають дитині адаптуватися до життя за допомогою своїх сильних позитивних якостей.

Крім того, даються поради батькам і вчителям, як поводитися в конкретних випадках проявів особливостей того чи іншого психотипу, і психотехнічні вправи для розвитку сильних сторін кожного характеру.

Психотехнічні вправи можуть допомогти підліткові значною мірою пом'якшити прояви негативних рис психотипу. Їх можна порекомендувати дитині, попередньо пояснивши смисл і призначення кожної вправи.

Доцільно надрукувати опис цих вправ і передати його підліткові, щоб текст завжди був у нього під рукою. Періодично можна нагадувати йому про необхідність регулярного виконання вказаних вправ. Один екземпляр тексту варто дати батькам, щоб вони могли допомагати дитині робити ці вправи.

### **Параноїк**

Риси цього психотипу рідко виявляються в дитинстві, але звичайно такі діти зосереджені на чомусь одному, серйозні, заклопотані, про щось

думають, прагнуть, щоб там не було, домогтися бажаного (саме цієї іграшки, саме цієї книжки і т. ін.).

*Домінуюча риса характеру:* високий ступінь цілеспрямованості.

Такий підліток підкорює своє життя досягненню певної мети (причому досить великого масштабу), при цьому він здатен повністю зневажати інтереси інших людей (своїх батьків, однокласників тощо). Заради досягнення поставленої мети він ладен пожертвувати і своїм добробутом, відмовитися від розваг, комфорту та інших звичних для дітей радощів.

*Привабливі риси характеру:* висока енергійність, незалежність, самостійність, надійність у спільній роботі, якщо його цілі збігаються з цілями тих людей, із котрими він разом працює.

*Відразливі риси характеру:* агресивність, дратівливість, гнівливість, які проявляються тоді, коли хтось чи щось опиняється на шляху до досягнення поставленої мети; байужість до чужого горя, відсутність душевності в стосунках з людьми, авторитарність.

*Вразливе місце цього психотипу:* не переносить відсутності громадського визнання і схвалення його успіхів; надзвичайно честолюбний у чомусь значному, але не в дрібницях.

*Особливості спілкування й дружби:* підліток цього психотипу, як правило, конфліктний, оскільки в нього нема природної потреби у спілкуванні, яке він розглядає лише як засіб для досягнення раніше поставленої глобальної мети. І якщо йому доводиться входити в контакт із людьми, він часто пригнічує співрозмовника, буває надто категоричним у власних судженнях, при цьому може легко ранили словом інших. Не помічає своєї конфліктності.

Параноїк зовсім не сентиментальний, недовірливий у дружбі, яку розуміє як продовження спільної великої справи. Друзі для нього - лише соратники, з якими він йде до поставленої мети. Суперечки для нього - зрада спільної справи, він довго пам'ятає образи і кривди. Але навіть тривала дружба з ним ще ні про що не свідчить: якщо людина йому не потрібна для справи, він її забуде без найменшого жалю.

*Ставлення до навчання і роботи.* Параноїальні діти звичайно ретельно вивчають лише ті предмети, які потрібні зараз чи знадобляться в майбутньому для успішного досягнення поставлених цілей. Для цього вони можуть ходити в бібліотеку, на додаткові заняття, купувати багато книг, читати на перервах або в транспорті. А все інше в школі для них не становить жодної вартості. Найбільших успіхів параноїки досягають в індивідуальній творчій роботі, оскільки їм дуже важко працювати в групі, тим більше у великому колективі. І якщо робота захоплює, параноїк стає трудягою: весь час у праці, нічого не існує, крім його мети і необхідної для її досягнення роботи. Параноїки - неперевершені постачальники, генератори визначних ідей, нестандартних підходів до вирішення складних проблем.

### ***Рекомендації***

Серед *конфліктогенних ситуацій*, тобто ситуацій, які загострюють прояви негативних рис характеру цього психотипу і яких слід уникати у спілкуванні з ним, назвемо:

- ситуації, у яких його справа зазнає критики;
- ситуації, коли підліткові доводиться підкорятися волі інших людей, особливо коли ті не є для нього авторитетами;
- ситуації, у яких йому доводиться займатися "дрібницями", незначущою громадською діяльністю, рутинною роботою або предметом, який його не цікавить;
- ситуації, які змушують його задуматися над якимись побутовими дрібничками, вирішувати життєві проблеми,
- ситуації вимушеного тривалого спілкування з різними людьми, які не поділяють його інтересів;
- ситуації відсутності постійного визнання, схвалення.

Основним завданням *допомоги* дітям параноїального психотипу є створення ситуацій, які пом'якшували б прояви негативних особливостей характеру. Для цього найдоцільніше сформулювати значущу для параноїка мету і спрямувати всю його енергію на її досягнення. Це може бути велика справа не тільки для класу, а й школи.

З таким підлітком досить важко встановити продуктивний контакт, якщо він не побачить у вас однодумця, сподвижника, захопленого, як і він, спільною ідеєю. Тому потрібен певний час, аби він міг визнати вас за людину, чия думка для нього вагома.

На початку бесіди з таким підлітком бажано підкреслити велике значення тієї справи, котрій він присвячує більшу частину свого часу, відзначити його досягнення, попросити сформулювати ті цілі, які він ставить перед собою на найближчу перспективу. Не варто іронізувати над його перспективами, можна змістовно обговорити можливості їх досягнення й ті плани, які він розробив для досягнення своїх цілей.

Під час спілкування і в повсякденному житті потрібні підвищена тактовність і ненав'язливий соціально-педагогічний контроль, доброзичлива довіра. Водночас параноїальним підліткам слід порадити бачити в однолітках, рідних, інших людях передусім індивідуальність кожного. Для цього є кілька психотехнічних вправ, які їм доцільно регулярно виконувати.

### ***Психотехнічні вправи***

#### ***"День без зауважень"***

Учіться стримувати свої негативні емоції, своє незадоволення іншими. Вам, безумовно, хочеться висловитися, що ви думаєте про них, але тим, хто поруч із вами, неприємно витримувати прояви вашої погорди чи навіть зневаги. Вчіться не сваритися.

Дайте собі слово: цілий день усім усе пробачати, приймати сказане іншими з розумінням, нікого не критикувати, не робити зауважень (як би цього не хотілося), не засуджувати вчинки однокласників, членів своєї родини і не сперечатися ні з ким.

Якщо вийшло і ви цілий день змогли прожити саме так, то через кілька днів збільшуйте цей період до двох днів і т. д. Доведіть тривалість вправи до одного тижня, а потім проаналізуйте, що змінилося у вас і у ваших стосунках із людьми.

#### ***"Приємна розмова"***



Коли питання, яке викликає у вас, неприємні емоції, не дуже принципове, прагніть зробити спілкування з людиною просто приємним. Має рацію ваш співбесідник чи ні (зараз це не має принципового значення) постарайтеся, щоб цій людині з вами було добре, спокійно, і щоб у неї з'явилося бажання ще раз зустрітися і поговорити з вами.

Потім іще раз обов'язково поговоріть з цією людиною і з'ясуйте, що вона думає про бесіду з вами, чи дійсно їй було приємно з вами розмовляти.

*"Я радий тебе бачити!"*

При зустрічі з будь-ким, навіть із тим, кого ви зовсім не знаєте, першою вашою фразою має бути: "Я радий тебе бачити!" Скажіть це від усього серця чи подумайте так і лише після цього починайте розмову.

Якщо під час бесіди ви відчуєте роздратування або гнів, то кожні 2-3 хв проказуйте подумки або вголос ці слова - "Я радий тебе бачити!"

*"Добра усмішка"*

Яким би зайнятим ви не були, намагайтеся частіше зустрічати інших доброю і привітною усмішкою, особливо, коли до вас звернуться також усміхнувшись. Коли відразу не виходить, спробуйте посміхатися внутрішньою усмішкою. Вона повинна бути завжди. Недаремно ж одним із девізів успіху, вважають американці, є вислів "Посміхайтесь!"

### **Епілептоїд**

Ще в дошкільному віці у дітей, схильних до цього типу акцентуації, помітна недитяча бережливість до одягу, іграшок - усього свого; вкрай люта реакція на тих, хто пробує заволодіти ними, а з перших шкільних років виявляється дріб'язкова скрупульозність і підвищена охайність.

*Домінуючі риси характеру:* любов до порядку, прагнення підтримувати вже встановлений порядок, консервативність (не визнають того, що ще не прийнято іншими); високий енергетизм (школярі наповнені життєвою енергією, охоче займаються фізкультурою, бігають, голосно розмовляють, організовують усіх довкола себе; своєю активністю часто заважають іншим); агресивність (підлітки в екстремальних ситуаціях стають хоробрими, навіть нерозсудливими, а в повсякденному житті в них

проявляються гнівливість, уїдливість, лють, бувають періоди злостиво-тоскного настрою з пошуком об'єкта, на якому можна зігнати злість; такі діти злопам'ятні та мстиві).

*Привабливі риси характеру:* ретельність, охайність, справність, дбайливість (часто ці риси переростають у нормальний педантизм), надійність (завжди виконують обіцянки), пунктуальність (аби не запізнитися, епілептоїд заведе два будильники ще й попросить розбудити його), уважність до свого здоров'я (тому здоров'я, як правило, міцне).

*Відразливі риси характеру:* жорстокість, нечуйність, надмірна вимогливість, яка призводить до дратівливості через помічений непорядок, неакуратність в інших чи порушення кимось певних правил. Епілептоїд для себе - єдина хороша людина.

*Вразливе місце цього психотипу:* майже не переносить непокори собі та бурхливо повстає проти обмежування власних інтересів.

*Особливості спілкування і дружби:* як і у всьому, епілептоїд любить усталений порядок у дружбі та спілкуванні з людьми. Він не заводить випадкових знайомств, а віддає перевагу спілкуванню з друзями дитинства та шкільними товаришами. Але якщо підліток вважає когось своїм другом, то виконує всі обов'язки, що покладає на нього дружба. Зради в дружбі (як і в коханні) він ніколи не простить.

*Ставлення до навчання і до роботи.* Епілептоїди відзначаються цілеспрямованістю, виконують усі домашні завдання, ніколи не прогулюють уроків (такий порядок, і його слід дотримуватися), звичайно вони відмінники.

Згодом такі школярі найкраще виявляють себе в діяльності, пов'язаній із підтриманням порядку, правил та норм, прийнятих кимсь іншим. Наприклад, фінансист дотримується грошової дисципліни, юрист - законів, учитель виконує навчальні програми, військовий - вимоги статутів та ін.

### ***Рекомендації***

Конфліктогенні ситуації, які провокують прояв негативних рис цього психотипу, такі:

- які вимагають від дитини ламання, змін встановлених порядків і прийнятних правил, коли це їй доводиться робити самостійно;
- жорсткої конкуренції з боку таких же сильних та енергійних людей;
- які обмежують підлітка виявити свій авторитет, владу над іншими людьми, у тому числі й батьками;
- коли критикують дії підлітка, тим більше коли висміюють його недоліки;
- у яких від підлітка вимагається щоденна праця, тривалі зусилля і немає можливості виділитися серед інших;
- коли так чи інакше обмежуються права та інтереси самої дитини.

Основною метою допомоги цьому психотипові є усунення умов, які провокують слабкі сторони характеру. Але допомога часто ускладнюється тим, що дитина не сприймає порад та прохань. Тому так важливо встановити контакт, взаєморозуміння з цією дитиною. Ґрунтовність і послідовність, чуйність і тактовність – ось що вимагається від дорослого. Такий стиль спілкування дозволяє сформувати в підлітка соціально прийнятну модель поведінки.

Контакт з епіліптоїдним підлітком найдоцільніше встановлювати поза періодами афективного напруження, на початку бесіди, спонукаючи його “виговоритися” на одну з найцікавіших для нього тем, наприклад про те, що він колекціонує і чим його колекція відрізняється від інших.

Дуже важливо знайти такій дитині справу, яка відволікатиме її від негативних емоцій, зніматиме напруження. Цим підліткам можна і треба доручати керівництво невеликими групами, наприклад під час ділової гри чи спортивних змагань. Допомагає доброзичливе авансування його майбутніх успіхів, заохочення реальних досягнень, які сприяють самоствердженню підлітка.

Сімейні конфлікти в дітей епілептоїдного типу зазвичай важко корегуються. Зумовлено це, з одного боку, претензіями епілептоїда на роль господаря, котрого решта членів родини мусять поважати й догоджати йому

(але це приймає не кожна сім'я, з іншого боку, – сам підліток не готовий поступитися іншим членам родини).

### ***Психотехнічні вправи***

#### ***"Виконавець бажань"***

Ви звикли реалізовувати всі свої бажання, а тепер спробуйте виконувати бажання близьких, рідних вам людей, своїх знайомих. Спробуйте жити відповідно до тих вимог, які ставлять вони, а не ви. Спочатку виберіть найприємнішу для вас людину й постарайтеся виконувати всі її бажання без жодних умов із вашого боку. Якщо не вийшло, через день-два зробіть ще одну спробу здійснювати бажання іншої близької вам людини. Якщо ж вийшло, поступово збільшуйте коло людей, чиї бажання ви будете виконувати.

#### ***"Іду за тобою"***

Під час ділової бесіди чи простої розмови постарайтеся періодично передавати ініціативу вашому співрозмовникові, наприклад, запитуючи його: "А як ви думаєте? Що ви думаєте з цього приводу?" Ще краще, коли ви говоритимете про те, що цікавить і хвилює вашого співрозмовника.

Не робіть жодних зауважень щодо манери спілкування вашого співрозмовника, навпаки, похваліть його. Але робити це слід без іронії, доброзичливо.

#### ***"Споглядач"***

Навчіться ставитися до всього, що з вами відбувається, як вибілений сивиною східний мудрець, споглядаючи, тобто перш ніж прореагувати на слова або вчинки близьких, інших людей, запитайте себе: "А як би на моєму місці вчинила мудра людина? Що б вона сказала і зробила?"

Приймайте рішення і дійте лише після декілька хвилинних, спокійних, споглядальних роздумів.

### **Гіпертим**

Підлітки цього психотипу з дитинства відзначаються галасливістю, товариськістю, навіть сміливістю, схильні до пустощів. У них нема ні

соромливості, ні боязкості перед незнайомими людьми, проте їм бракує почуття дистанції в стосунках із дорослими.

*Домінуючі риси характеру:* постійно піднесений настрій, екстравертованість, тобто зверненість до навколишнього світу, відкритість для спілкування з людьми, радість від цього спілкування, яка поєднується з добрим самопочуттям і прекрасним зовнішнім виглядом.

*Привабливі риси характеру:* енергійність, оптимізм, щедрість, прагнення допомогти людям, ініціативність, говірливість, життєрадісність, причому його настрій майже не залежить від того, що відбувається навколо. Але високий життєвий тонус, енергія, що б'є ключем, нестримна активність, жадоба діяльності поєднуються з тенденцією розпорозуватися і не доводити початої справи до кінця.

*Відразливі риси характеру:* поверховість, нездатність довго зосереджуватися на якійсь конкретній справі чи думці, постійна метушня (прагне зайнятися чимось цікавішим на даний момент), перескакування з однієї справи на іншу (може записатися відразу в декілька секцій, але нікуди довше 1-2 місяців не ходить), неорганізованість, панібратство, легковажність, готовність до безоглядного ризику, грубість (але без усякого зла), схильність до прожектерства і аморальних учинків (але незловмисно, одразу готовий покаятися).

*Вразливе місце цього психотипу:* не переносить одноманітної обстановки, монотонної праці, яка вимагає ретельності, кропіткої роботи; мучиться різким обмеженням спілкування; його пригнічує самотність або вимушена бездіяльність.

*Особливості спілкування і дружби.* Гіпертим завжди виступає в ролі веселуна й жартівника, полюбляє збирати гостей, його дім - місце зустрічі друзів і просто знайомих, куди кожен може запросто прийти й залишитися доти, поки йому подобається. Завжди тягнеться до компанії. серед ровесників прагне лідерства. Легко може опинитися в поганому середовищі; схильний до авантюри.

Гіпертим готовий дружити з усім світом, але до глибокої прихильності не здатний. Йому притаманні альтруїзм, любов до ближнього (а не до всього людства), він, не вагаючись, може кинутися на допомогу людині. В дружбі добрий і незлопам'ятний. Скривдивши когось, він швидко забуває про це і при наступній же зустрічі може щиро порадіти; коли треба, він може від усієї душі попросити вибачення за завдану образу і тут же зробити щось приємне ображеній людині.

*Ставлення до навчання і до роботи.* Діти цього психотипу могли б досягти значних успіхів, але вони легковажні й ліниві; не можуть зосередитися на одному предметі, особливо коли для його засвоєння потрібні певні тривалі зусилля. Загалом всі навчальні предмети даються їм легко, але знання, отримані в школі, поверхові й часто безсистемні.

Гіпертим постійно запізнюється на уроки, прогулює (особливо ті заняття, на яких він нудьгує і не має змоги виразити себе). Але йому легко наздогнати пропущене, наприклад перед контрольною роботою чи екзаменом не поспати одну ніч і вивчити майже весь матеріал.

Гіпертим може досягти успіху майже в будь-якій справі. Справді, спочатку в нього все ладиться, з'являються певні здобутки, але, як тільки починається звичайна рутинна робота, йому стає нецікаво, справа втрачає новизну, тому він готовий кинути її, переключитися на щось інше. Часто шумний і надактивний, гіпертим створює лише видимість продуктивної діяльності (охоче і з великим запалом береться до справи, планує багато заходів, проводить наради тощо), і це допомагає йому робити кар'єру.

### ***Рекомендації***

*Конфліктогенні ситуації:*

- вимушена самотність, коли позбавляють підлітка вільного й різноманітного спілкування;
- які обмежують рухову активність;
- у яких треба коритися певним систематичним вимогам;

- коли доводиться відмовлятися від чогось цікавого, нового, незвичного.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення таких умов, за яких виявляються ініціатива і енергія, підприємливість і лідерство, коли можливе вільне й цікаве спілкування. Це може бути важка, але цікава й різноманітна діяльність, спорт, спілкування з різними людьми та ін.

Підліткам гіпертимного психотипу не варто доручати кропіткої, одноманітної роботи, яка вимагає посидючості та обмежує їхні стосунки з людьми.

Встановлення контакту з цими дітьми не є проблемою через їхню відкритість і готовність іти назустріч. Вони звичайно адекватно реагують на доброзичливе ставлення і щирий інтерес до їх справ і проблем.

У спілкуванні з ними треба уникати надмірної директивності, проявів безапеляційної влади, жорсткої вимогливості, інакше це може призвести до загострення реакції емансипації.

Оскільки гіпертими непосидючі й енергійні, бесіду краще провадити у жвавому темпі, довго не затримуючися на одній темі та частіше передаючи ініціативу в розмові самому підліткови (але не забувайте про дистанцію, котру гіпертим може легко порушити, перейти на панібратський стиль спілкування).

Протипоказаний дріб'язковий контроль, який може викликати бунт, аж до втечі з дому чи зі школи. Але неприпустимі й відсутність контролю, безнаглядність, а головне - незацікавленість його справами й захопленнями. Гіпертим дуже тонко відчуває, що старшим (педагогам, батькам) не до нього, що вони виконують свої обов'язки лише формально. Таке ставлення провокує асоціальну поведінку гіпертимів.

Завдання дорослих та батьків - підшукати для підлітка гіпертимного типу цікаву справу, захопити його якимось заняттям (спортивною секцією, туристичним клубом тощо).

### ***Психотехнічні вправи***

### *"Повний порядок"*

Візьміть собі за правило - періодично наводити лад серед своїх речей, книг, підручників, записів. Для початку наведіть елементарний порядок у себе на столі. Встановіть кожному предмету конкретне місце й надалі намагайтеся класти його саме туди.

"Навести лад у думках" ви зможете за допомогою щоденника або щотижневика, куди слід записувати основні справи дня, що чекає попереду, і ввечері перевіряти, чи все виконали із задуманого. Прагніть здійснити все заплановане.

### *"Кінець - ділу вінець"*

Спробуйте одну, бодай маленьку справу закінчувати. Визначте черговість і беріться за виконання. Пам'ятайте: на все свій час. Доки ви не закінчите роботи - жодних розваг, гостей, смачних страв, приємних занять.

Хай це буде лише раз на тиждень, але обов'язково одну справу доводимо до завершення.

### *"Планування"*

На аркуші паперу запишіть усі свої плани на наступний день. Тепер поміркуйте й закресліть те, що ви навряд чи зможете виконати. Ще раз перегляньте пункти, які залишилися. Коли не виникло бажання ще щось закреслити, залишіть без змін.

А тепер головне - все, що залишилося, треба виконати. Привчайте себе здійснювати заплановане. Краще менше планувати, але все виконувати.

Рекомендуємо скласти такий же план на наступний тиждень, місяць, рік так само попрацювати з ним.

## **Істероїд**

Істероїда видно з раннього дитинства. Милый малюк у центрі кімнати в присутності великої кількості дорослих, незнайомих йому людей без тіні ніяковості декламує вірші, співає нехитрі пісеньки, демонструючи і свої таланти, і своє вбрання. Головне для підлітка в цей момент – захопленість ним іншим.



Коли всі гості сіли за святковий стіл і забули про нього, він неодмінно спробує ще і ще раз звернути на себе загальну увагу. В разі невдачі він просто перекине на скатерку склянку чи розіб'є блюдо. Його починають сварити, він влаштовує істеріку, але він домігся свого - знову загальна увага, хай і такою ціною.

*Домінуючі риси характеру:* демонстративність, тобто прагнення бути постійно в центрі уваги, причому іноді будь-якою ціною, безмежний егоцентризм, ненаситна жадоба постійної уваги до себе, захоплення, подиву, шанування, поклоніння.

*Привабливі риси характеру* - завзятість та ініціативність, комунікабельність і цілеспрямованість, кмітливість й активність, яскраво виражені організаторські здібності, самостійність і готовність узяти на себе керівництво, енергійність, хоча він швидко видихається після сплеску енергії.

*Відразливі риси характеру:* здатність до інтриг і демагогії, брехливість і лицемірство, задерикуватість і відчайдушність, необдуманий ризик (але лише в присутності глядачів), хвальба неіснуючими успіхами, врахування тільки власних бажань, надто завищена самооцінка, образливість, коли зачіпають його особисто.

*Вразливе місце цього психотипу:* нездатність переносити удари по егоцентризму, викриття його вигадок, а тим більше їх висміювання - це може призвести до гострих афективних реакцій, включаючи удавання суїцидних спроб.

*Особливості спілкування і дружби.* Через особливості свого характеру істероїд постійно потребує численних глядачів. У принципі - це основна форма його життя (життя на людях і для людей). Але він спілкується, як правило, тільки з тими, хто виражено чи невиражено показує своє захоплення ним, обожнює його здібності й талант. Коли таких людей мало, істероїд докладає чимало зусиль, аби коло його шанувальників стало значно ширшим.

Істероїди дуже вибіркові, вони прагнуть дружити лише з відомими людьми, щоб частина їхньої слави діставалась і їм, або з людьми, які в чомусь їм програють, аби ще більше відтінити свої здібності.

*Ставлення до навчання і роботи.* Навчання для істероїда - часто лише привід для спілкування, можливість проявити себе серед людей. До школи він ходить не вчитися, а спілкуватися, саме від цього він отримує основне задоволення. Щоб привернути увагу, йому доводиться не просто добре вчитися, а вчитися краще від усіх, дивувати вчителів своїми здібностями до різних предметів.

У принципі істероїд - обдарована, талановита людина, йому легко оволодіти професіями, пов'язаними з художньою творчістю. Найкраще йому працюється самотійно, поза колективом та обов'язковими рамками.

### ***Рекомендації***

*Конфліктогенні ситуації:*

- які навмисне чи несамохіть зачіпають самолюбство істероїда;
- бодай найменша байдужість з боку оточуючих людей, тим більше свідоме ігнорування його особистості:
  - критика його досягнень, таланту чи здібностей;
  - коли він змушений бути самотнім або звужувати коло свого спілкування, шанувальників;
  - коли неможливо виявити себе повною мірою;
  - коли він опиняється в безглуздому чи смішному становищі;
  - коли нема жодної яскравої події а головн - можливості виявити свої здібності;
- у яких доводиться перебувати в постійному психічному чи фізичному напруженні.

Основна мета *педагогічної допомоги* цьому психотипу - поступово подолати прагнення бути в центрі уваги інших.

Потрібно виробити в підлітка уявлення про "демонстративність" своєї поведінки як домінуючої риси характеру, а також уміння розпізнавати її в інших. Для цього потрібно, використовуючи не директивну взаємодію, поступово вчити підлітка осмислювати свої мотиви, шукати і шляхи раціонального задоволення своїх бажань. Сприяє цьому читання літератури або перегляд фільмів, де зображено персонажі з яскраво вираженою істероїдною поведінкою.

Подолання егоцентризму є найважчим завданням. Під час бесід дорослі та батьки повинні пробуджувати інтерес дитини до своїх товаришів, рідних, близьких, до інших людей. Потрібно заохочувати розповіді про інших, про їхні успіхи та обдарування.

Враховуючи підвищене самолюбство та егоцентризм таких підлітків, необхідно дати вихід їх егоцентричним устремлінням у соціально корисній діяльності з опорою на їхні справжні здібності (участь у проведенні вечорів тощо).

### ***Психотехнічні вправи***

#### ***"Флегматик"***

Вам не важко перевтілитися в людину іншого темпераменту, наприклад флегматика. Візьміть собі за правило якийсь час бути флегматиком. Говоріть рівним і тихим голосом, повільно і спокійно обмірковуючи свої слова. Так само стримано поведіться з людьми.

Почніть із 10 хв протягом дня й доведіть цей час до 2-3 годин. Обов'язково проаналізуйте ті відчуття й почуття, які ви мали спілкуючися з людьми в ролі флегматика.

#### ***"Репортер"***

Ще одна популярна роль - репортер (спеціалізацію виберіть самі). А тепер спокійним, рівним голосом передавайте інформацію в редакцію. Можна це робити й письмово.

Грайте роль репортера двічі-тричі на день, особливо тоді, коли ви захочеться розповісти про своє чергове видатне досягнення.

#### ***"Тимурівець"***

Нагадуємо, що герой повісті А. Гайдара, хлопчик на ім'я Тимур, багатьом людям робив добрі діла, але нікому про це не говорив. Отже, кілька разів на день ви гратимете роль Тимура або його друзів.

Зробіть комусь щось хороше, але так, щоб людина не дізналася, що це зробили саме ви. І постарайтеся (хоча це буде важко для вас) нікому не говорити про це. Простежте за реакцією того, кому ви зробили загадкову приємність, разом із ним здивуйтеся і порадійте, але нізащо не кажіть, хто це зробив.

### *"Попелюшка"*

Як би вам не було важко, але підчас веселої вечірки або в товариській компанії цілу годину (краще - дві, а ще краще - три) намагайтеся сидіти збоку, мовчки спостерігаючи за всім, що відбувається. Вас, звичайно, проситимуть узяти найактивнішу участь у загальних веселошах, але пошліться на втрату "кришталевого черевичка" й залищтеся у тіні.

При цьому поспостерігайте за присутніми. Як вони поведуться? Що роблять? Як розмовляють? Чи не пізнаєте ви себе в декому з них? Коли так, то, може, щось захочете змінити й у собі?

### **Шизоїд**

З перших шкільних років такі діти полюбляють гратися самі, мало тягнуться до однокласників, уникають шумних дитячих забав, віддаючи перевагу товариству старших дітей.

У підлітковому віці впадає у вічі їхня замкнутість і відгородженість у поєднанні з невмінням співпереживати.

*Домінуючі риси характеру:*, інтровертованість, тобто фіксація інтересів на явищах свого внутрішнього світу, за котрими визнається вища цінність. Це яскраво виражений мислительний тип, який постійно осмислює навколишню дійсність. При цьому він самостійно створює схеми аналізу й намагається за їх допомогою пояснити існуючий світ.

*Привабливі риси характеру:* серйозність, не метушливість, небагатослівність, стійкість інтересів і постійність занять.

Це, як правило, талановиті, розумні й невибагливі школярі. Шизоїд дуже продуктивний, може довго трудитися над своїми ідеями, але не пробиває їх, не втілює в життя.

*Відразливі риси характеру:* замкнутість, холодність, безпристрасність.

Шизоїд слабо енергійний, малоактивний при інтенсивній роботі - як фізичній, так інтелектуальній. Емоційно холодний, майже не виражає емоцій: не сумує й не тішиться, не сердиться і не сміється. Він байдужий до чужої біди, може бути дуже жорстоким. Але його егоїзм не усвідомлений, він просто не помічає чужого горя. Водночас шизоїд може бути й сам дуже вразливим, оскільки самолюбивий. Не любить, коли критикують його систему.

*Вразливе місце цього психотипа:* не переносить ситуацій, у яких потрібно встановити неформальні емоційні контакти; не терпить втручання сторонніх людей у його внутрішній світ. Він в основному не помічає багато речей матеріального світу. Але все ж він потребує спілкування, яке мусить бути глибоко змістовним. Коло людей, з якими він спілкується, дуже обмежене, як правило, ці люди старші за нього. Для шизоїда характерна самодостатність у сфері взаємин, йому може вистачити спілкування з самим собою та однією людиною.

Другом шизоїда може бути людина, яка добре розуміє його особливості, здатна не звертати уваги на його дивацтва, замкнутість, інші негативні риси характеру. Але якщо шизоїд когось вважає своїм другом, то часто стає настирливим, набридливим, прискіпливим, вимагає до себе особливої уваги.

*Ставлення до навчання і роботи.* Шизоїд може бути дуже здібним і навіть талановитим, але він вимагає індивідуального підходу, оскільки відзначається особливим баченням світу, своєю, не схожою ні на чію точкою зору на звичайні явища й предмети. Шизоїд може вчитися дуже багато, але не систематично, оскільки йому важко виконувати узвичаєні вимоги, та ще не ним самим придуманими схемами.

Тому якщо шизоїд бачить, що дорослий оцінює результат його роботи, а не формальне дотримання обов'язкових правил, то він може виявити весь свій талант і всі здібності. Якщо ж дорослі та батьки вимагають від дітей цього психотипу, наприклад розв'язання задач суворо визначеним способом (адже так пояснювали на уроці), тоді такий підліток може бути відстаючим, незважаючи на те, що йому цілком під силу розв'язати ці задачі кількома оригінальними способами. Це стосується не лише математики, а й інших навчальних предметів.

Шизоїд - найчастіше науковий працівник, наприклад математик-теоретик або фізик-теоретик.

### *Рекомендації*

#### *Конфліктогенні ситуації:*

- які вимагають зміни стереотипів, звичок поведінки;
- у яких необхідно встановлювати неформальні контакти з оточуючими, навіть близькими людьми;
- коли необхідний душевний контакт, щира розмова;
- коли доводиться керувати іншими людьми;
- колективної чи групової діяльності;
- у яких необхідно виконувати інтелектуальну роботу за наперед даними схемами й правилами.

Установити контакт з цим типом підлітків із метою надання їм педагогічної допомоги важко. Багато з них зовсім не терплять спроб "залізти в душу". Тому при налагоджуванні контакту слід уникати зайвої наполегливості, натиску. Це може сильно вразити дитину, тоді вона замкнеться і ще більше заглибиться у свій внутрішній світ.

На початку бесіди доцільно використати прийом "анонім - обговорення", коли вибирається факт із життя класу, школи, міста, країни та обговорюється з дитиною, щоб з'ясувати й уточнити основні життєві позиції підлітка.

Головною ознакою встановлення контакту, подолання психологічного бар'єру, переходу до неформального, особистісного спілкування є той момент, коли шизоїд починає говорити сам, за власною ініціативою, висловлюючи певні судження, підкреслюючи свою точку зору на ту чи іншу проблему. Зупинити його в цей момент не варто, оскільки чим більше він говорить, чим більше розкриває свій внутрішній світ, тим легше спрямувати подальшу частину розмови в потрібне русло.

Організуючи навчальний процес, потрібно враховувати глибокий інтерес до якоїсь науки та широкі знання дитини в цій галузі, створювати підліткові умови для реалізації знань. Ефективними є індивідуальні завдання з урахуванням сфери інтересів дитини, причому ці завдання можуть бути високого ступеня складності. Для розвитку комунікативних здібностей шизоїдів потрібно залучати до різних групових та колективних форм діяльності, наприклад до командних спортивних ігор.

### ***Психотехнічні вправи***

#### ***"Оратор"***

Під час бесід і розмов зі своїми друзями свідомо прагніть бути Оратором (саме з великої літери). Для цього вам треба говорити голосно, чітко, використовуючи різні ораторські прийоми, щоб привернути увагу співрозмовників. Не забудьте, що ваше мовлення має бути зрозумілим для співрозмовника (час від часу запитуйте його: "Ти розумієш, що я кажу?").

#### ***"Масовик-витівник"***

У дружній компанії чи на вечірці не сидіть збоку, в черговий раз обмірковуючи власні думки, а спробуйте зіграти роль масовика-витівника. Запропонуйте всім учасникам вечірки якусь гру або інше цікаве заняття. Важливо не просто запропонувати гру, але й організувати її проведення привернути якомога більше людей.

Звісно, спочатку вам буде дуже важко, проте перший же успіх відразу ж окрилить вас, ви відчуєте радість від спілкування з людьми.

#### ***"Співпереживання"***

Під час розмови спробуйте відчувати стан співрозмовника, уявити, що він відчуває, спілкуючись із вами. Можна про це безпосередньо запитати його: “Тобі цікаво?”, “Ти не втомився?”, “Може, хочеш відпочити?”.

### **Психастеноїд**

У дитинстві поряд з деякою боязкістю і лякливістю в таких дітей проявляється схильність до розмірковувань і передчасні “інтелектуальні інтереси”. У ранньому ж віці виникають різні фобії – боязнь незнайомих людей, нових предметів, темряви, страх залишитися самому вдома або за зачиненими дверима і т. д.

Критичним періодом, коли психастенічні риси починають проявлятися з особливою силою, є початок навчання в школі. Це пов'язане з необхідністю відповідати за себе, а тим більше за інших, що є для психастеніка одним із найважчих завдань.

*Домінуючі риси характеру:* невпевненість і тривожна помисливість, побоювання за майбутнє своє та своїх близьких.

*Привабливі риси характеру:* охайність, серйозність, сумлінність, розважливність, самокритичність, рівний настрій, вірність даному слову, надійність.

*Відразливі риси характеру:* нерішучість, певний формалізм, безініціативність, схильність до нескінченних роздумувань, самокопання, наявність нав'язливих ідей, страхів. Причому страхи в основному стосуються можливої події, навіть маловірогідної в майбутньому, за принципом "як би чого не вийшло" (раптом мене чи моїх рідних покусав собака чи я захворію або одержу двійку тощо).

Тому психастеноїд так вірить у прикмети: вставати треба лише з правої ноги; коли спіткнеться лівою ногою, то обов'язково сплюне тричі через ліве плече і т. д., вважаючи такі "заходи" чи не панацеєю від усіх бід.

Іншою формою захисту від постійних страхів є свідомий формалізм і педантизм, які ґрунтуються на ідеї, що коли все ретельно продумати,



передбачити, а потім діяти, ні на крок не відступаючи від плану, то нічого поганою не трапиться, все обійдеться.

Таким підліткам дуже важко прийняти будь-яке рішення, вони весь час сумніваються, чи всі обставини та можливі наслідки враховані. При цьому вони думають уже не про те, як домогтися успіху, а про те, як уникнути можливих невдач і неприємностей. Та коли рішення все-таки приймається, психастенік починає діяти негайно, тому що боїться самого себе - "раптом передумаю".

*Вразливе місце цього психотипу:* острах відповідальності за себе й за інших.

*Особливості спілкування й дружби:* психастеноїд сором'язливий, боїться встановлювати нові контакти. У стосунках зі старшими, друзями цінує саме глибокий особистий контакт, друзів у нього небагато, але ця дружба «навіки». Пам'ятає найменші подробиці взаємин і щиро вдячний за увагу до себе.

*Ставлення до навчання й роботи:* Психастеноїд тривалий час здатен працювати, не підводячи голови, виявляючи невластиві йому цілеспрямованість, наполегливість і посидючість, оскільки боїться засмутити близьких поганими оцінками. Довго звіряє отриманий результат із довідниками, словниками, енциклопедіями, зателефонує другу, запитас в нього.

Психастеноїд, як правило, підлеглий, який охайно й точно виконає будь-яку роботу, якщо завдання конкретне, і одержана робота чітко регламентує порядок його виконання. Таким людям до душі тиха, охайна, спокійна робота, наприклад бібліотекаря, лаборанта, домашня.

### ***Рекомендації:***

*Конфліктгенні ситуації:*

- потреба приймати самостійні рішення;
- швидке переключення з одного заняття на інше;
- виконання завдань без чітких вказівок та інструкцій;
- сильне занепокоєння чи страх;

- безпосередня критика самого підлітка або його поведінки;
- тривалі фізичні або психологічні перевантаження.

*Психологічна допомога* цьому психотипові спрямована на подолання почуття нерішучості, іноді навіть меншовартості, закомплесованості. Потрібно допомогти підліткови звільнитися від безпідставних сумнівів і боязні, які дуже ускладнюють його життя.

Тому під час спілкування з цим психотипом не слід постійно апелювати до його почуття відповідальності, необхідно підтримувати кожен позитивний почин, у жодному разі не можна висміювати чи ігнорувати ініціативу такої дитини.

Під час встановлення контакту спочатку підбадьорити підлітка, надати йому можливість згадати й розповісти про ті ситуації, у яких він зміг проявити себе досить рішучою людиною. Коли встановляться довірливі стосунки, можна обговорити й побоювання, які заважають йому приймати рішення. При цьому разом із ним детально розглянути можливі наслідки, наприклад, що може статися і чим це загрожує самому підліткови чи його рідним.

Під час бесіди слід заохочувати рішучі висловлювання підлітка, його готовність самостійно приймати рішення і надалі діяти згідно з ними.

Сприятливими є ситуації спокійної, наперед регламентованої роботи, коли немає потреби самостійно приймати рішення.

### ***Психотехнічні вправи***

*“Ризик – справа благородна”*

Як правило, ви довго й серйозно обдумуєте кожне більш-менш важливе рішення. Напевно, це розумно, але дозвольте собі іноді безрозсудні вчинки, ризикніть і, найголовніше, не засмучуйтесь, якщо не отримаєте бажаного результату, адже життя таке захоплююче й цікаве.

Візьміть за правило хоча б раз на день (тиждень) здійснювати ризикований вчинок (хай зовсім маленький, але обов'язково).

*“Рішучість”*

Якщо ви опинилися в ситуації, коли вам потрібно прийняти якесь не дуже принципове рішення, робіть це одразу, рішуче й безповоротно, не розпочинайте звичні для вас розмірковування. Обмежтеся лише однією хвилиною роздумів (краще, коли це буде 30 с). Приймавши остаточне рішення, нізащо не відступайте від нього. Постарайтеся перевести якомога більше ваших справ до категорії "не дуже принципових", щоб їх виконання не залежало від тривалих роздумів.

### *"Внутрішній голос"*

Під час прийняття хоч якоюсь мірою важливого рішення вам часто доводиться прислухатися до різних внутрішніх голосів, які радять зовсім протилежне. Один каже, наприклад: "Не ходи сьогодні гуляти, на вулиці холодний вітер, можеш застудитися і захворіти". Інший голос умовляє: "Піди погуляй, свіже повітря дуже корисне для здоров'я".

Такий діалог може тривати дуже довго. Навчіться приймати рішення. Причому це слід робити якомога швидше, на перших же хвилинах цього внутрішнього діалогу. І якщо ви прийняли точку зору одного з цих внутрішніх голосів, треба діяти відповідно до неї, наприклад іти гуляти.

### **Сензитив**

З ранніх літ дитина ляклива, боїться самотності, темряви, тварин, особливо собак. Уникає шумних і активних ровесників. Але вона досить комунікабельна з тими, до кого вже звикла, любить гратися з малюками, чуває із ними впевнено й спокійно.

Дуже прихильний до рідних та близьких, це "домашня дитина": намагається менше виходити з дому, не любить ходити в гості, тим більше їздити далеко, наприклад до іншого міста, навіть коли там проживає рідна бабуся.

*Домінуючі риси характеру:* підвищена чутливість, вразливість, почуття власної неповноцінності. Сензитиви боязкі й соромливі, надто при сторонніх людях і в незвичній для них обстановці. У собі вони

вбачають безліч недоліків, особливо в морально-етичній та вольовій сферах.

*Привабливі риси характеру:* доброта, спокійність, уважність до людей, почуття обов'язку, висока внутрішня дисциплінованість, відповідальність, самокритичність, підвищені вимоги до себе. Сензитив прагне подолати свої слабкі сторони.

*Відразливі риси характеру:* поміркованість, лякливність, замкнутість, схильність до “самоз’їдання” і самоприниження, розгубленість у важких ситуаціях, підвищена образливість і конфліктність на ґрунті завданих сензитиву образ.

*Вразливе місце цього психотипу:* не переносить насмішок або підозри інших у непорядних вчинках, не терпить недобррозичливої уваги або публічних звинувачень.

*Особливості спілкування й дружби.* Сензитиви охоче йдуть на контакт із вузьким колом людей, котрі викликають у них особливі симпатії.

Водночас вони всіляко уникають знайомств і спілкування з людьми надто меткими й невгамовними. Постійна потреба поділитися своїми переживаннями та відчуттями реалізується в спілкуванні зі старими друзями.

*Ставлення до навчання і роботи.* Сензитиви вчаться через небажання засмучувати своїх рідних і викладачів, а також через певний страх перед контрольними, заліками, екзаменами. Відповідати коло дошки бояться й соромляться, щоб не набути репутації вискочки. Але при доброзичливому ставленні з боку педагогів вони можуть показати прекрасні результати. Школа їх часто лякає своїм гамором, метушнею й активністю дітей під час перерви, їм хочеться в цей час усамітнитися. Звикнувши до одного класу, вони страждають, коли доводиться переходити в інший колектив, тим більше - в іншу школу.

Робота для сензитива - щось другорядне, а головне - це теплі й добрі взаємини з колегами, ставлення до нього керівника, тому він може бути

ретельним і відданим секретарем-референтом, машиністкою, помічником тощо.

### ***Рекомендації***

#### *Конфліктогенні ситуації:*

- несправедливі звинувачення у непорядних вчинках;
- критика, насмішки над ним чи його поведінкою,
- відкрите суперництво;
- постійні контрольні перевірки його діяльності, недовіра;
- вимушена самотність, неможливість поділитися своїми

переживаннями з другом.

Основною метою *педагогічної допомоги* цьому психотипові є поступове підвищення самооцінки, подолання почуття власної меншовартості.

Сензитивні підлітки нелегкі для встановлення контакту, але природна потреба поділитися своїми потаємними переживаннями в них буває достатньо сильною. Тому з ними потрібно проводити багаторазові бесіди з детальним розбором і аналізом ситуацій, які допомагають підліткам усвідомити свою поміркованість і хибне почуття меншовартості.

Важливо створювати ситуації самоутвердження в тих сферах діяльності, де вони можуть виявити себе найповніше і природно.

Та разом із тим слід допомагати утверджуватися і в тих сферах, де підліток відчувається найслабшим. І в сім'ї, і в класі потрібно створювати ситуації, які стимулюють переконаність підлітка в тому, що він потрібен іншим.

У сім'ї при спілкуванні з дітьми цього психотипу протипоказана надмірна опіка, дріб'язковий контроль за кожним їхнім кроком, за кожною хвилиною. Безперервні заборони, неможливість прийняти навіть простенькі рішення, тим більше насмішки з боку найближчих людей не дозволяють ним навчатися на власному досвіді, не привчають до самостійності.

### ***Психотехнічні вправи***

### *"Цілковитий спокій душі"*

Коли ви непевні в собі чи боїтеся чогось, згадайте приємну подію, те відчуття, яких ви зазнали. Налаштуйтеся на стан "цілковитого спокою душі" й постарайтеся перебувати в ньому якомога довше. Якщо у вас це вийшло хоча б один раз, запам'ятайте цей стан, щоб наступного разу, коли ви почнете відчувати боязнь, непевність у собі, згадати пережиті відчуття і ввійти в них знову.

### *"Кіногерой"*

У складній ситуації вам найкраще уявити себе кіногероєм – сильним, упевненим у собі, якому все й завжди вдається. Увійдіть у цей образ і дійте так само, як він, ваш кіногерой. Розмовляйте голосно й чітко, ходіть упевнено, з почуттям власної гідності, адже за вами стежать ваші шанувальники.

Поводьтеся так доти, поки не мине почуття страху та непевності у власних силах. А втім залишайтеся в цьому образі якомога довше, це допоможе вам подолати зайву ніяковість і підвищити власну самооцінку.

### *"Ширше коло"*

У вас є кілька дуже близьких друзів, і вам приємно з ними бути, розмовляти про свої інтереси й захоплення. Але вам слід розширювати коло своїх знайомих. Для цього треба хоча б раз у день розпочати розмову з новою для вас людиною. Мабуть, це для вас спочатку буде важко, але спробуйте зробити перший крок назустріч людям.

### *"Жарт у відповідь"*

Багато неприємних хвилин вам завдають насмішки над вами, жарти однокласників та інших людей. Як ви на них реагуєте? Ніяковієте, прикро ображаєтесь, заглиблюєтесь у себе?

Від сьогодні спробуйте на насмішки та жарти відповідати тим же, тільки не слід робити цього озлоблено, намагайтеся бути добродушним. А для того, щоб у вас завжди напихваті було кілька справді гарних жартів, почніть збирати веселі оповідання, історії, анекдоти.

## Гіпотим

Маленькою така дитина майже завжди млява, живе без особливих радощів, ображена на всіх і передусім - на своїх батьків. На обличчі в неї часто вираз невдоволення, образа через те, що не зробили так, як вона хотіла.

*Домінуючі риси характеру:* постійно поганий настрій, схильність до депресивних афектів. Настрій постійно змінюється, але ці зміни зі знаком "мінус". Тому настрої практично завжди погані.

*Привабливі риси характеру:* сумлінність і гострий критичний погляд на світ. Прагне частіше бути вдома, створюючи затишок і тепло, тим самим уникає зайвого хвилювання.

*Відразливі риси характеру:* образливість, ранимість, постійна нудьга, схильність шукати в собі прояви різних хвороб, майже повна відсутність інтересів та захоплень.

Низька енергетичність виражається у швидкій втомлюваності, часто впадає в апатію, з'являються сумні думки, через це справді зазнає невдач, до цього звикає, скаржачись оточуючим на долю, на несправедливе ставлення до себе та ін.

*Вразливе місце:* відкрита незгода у сприйнятті дійсності.

*Особливості спілкування й дружби.* Часто й надовго ображається на інших, зокрема своїх друзів. Але при цьому гостро потребує спілкування, щоб була можливість скаржитися на своє життя, на те, що інші не зрозуміли, не оцінили. Подобається розповідати іншим про ті складні обставини, у яких опинилася, наприклад, в університеті непорозуміння з викладачкою. На всі поради з боку співрозмовника наведе багато аргументів, чому наявну ситуацію неможливо змінити, а самій буде тільки гірше, коли візьметься це зробити.

Дружити з нею дуже важко насамперед через те, що в кожній людині вона спочатку вбачає можливу причину погіршення свого настрою.

*Ставлення до навчання і роботи:* може виявити себе в доброму завчужанні матеріалу, ретельному виконанні завдання, але сам зміст їх

особливо не цікавить. Роблять вона це через боязнь поганої оцінки. Як правило, вчаться посередньо або погано; постійно хворіючи й посиляючися на нездужання, пропускають уроки, найчастіше з фізкультури та трудового навчання і з тих предметів, викладачі яких не беруть до уваги посилені на поганий настрій.

Звичайно завжди невдоволена роботою, що б йому не пропонували виконати. Він постійно скаржиться на людей, на обставини, просить дати йому інше завдання. Проте картина повторюється, оскільки він передусім бачить недоліки, негативні моменти в організації виробництва чи в оточенні. Йому важко постійно займатися однією справою. Залишаючи колектив, він звичайно в усьому звинувачує інших, скаржиться на погане ставлення до себе.

*Конфліктогенні ситуації:*

- вимушена самотність, коли поруч нема людини, з якою можна поділитися своїми бідами та страхами;
- критика його самого та його поведінки;
- недостатня увага до його життя, настрою;
- тривале фізичне та психічне навантаження;
- мимовільні зміни способу чи умов життя, тим більше якщо це відбувається досить часто;
- вимушена турбота про своє здоров'я, наявність симптомів нездужання.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення ситуацій успіху, усунення тиску й жорсткої критики, частих вказівок на його помилки. У таких підлітків постійно поганий настрій, тому при встановленні контакту з ними слід хоч трохи покращити його, розповівши чи нагадавши їм якусь смішну історію, випадок. Потім доцільно звернути увагу на безпідставність образ стосовно інших людей.

Одним із основних завдань роботи з таким підлітком є переорієнтація його внутрішньої установки "Всі навколо погані, і я теж слабкий" на інше світовідчуття - "Хороших людей значно більше, і я теж хороший".



У сім'ї до них потрібно ставитися обережно й тактовно, ні в якому разі не ображаючись, а допомагаючи їм побачити світ радіснішим і чистішим.

### ***Психотехнічні вправи***

#### ***"Переможець"***

Спробуйте сприймати навколишній світ з позиції переможця, якому все вдається у житті, який ніколи не програє, усім задоволений, налаштований на активні дії.

У цій ролі треба спочатку "жити" кілька хвилин, потім годину й більше. Доведіть цей час до 2-3 годин на день. При цьому спробуйте усвідомити реальні переваги, які має людина, котра відчуває себе переможцем.

#### ***"Блазень"***

Свідомо грайте роль блазня в кожній компанії, де вам доводиться бути. Розповідайте веселі історії (вам доведеться їх завчити або придумати), розучуйте смішні пісеньки з друзями, розказуйте анекдоти (хоч це, зрозуміло, дається вам важко).

При цьому вам слід постаратися відчувати себе комфортно, хоча спочатку це буде нелегко. Але кожною нагодою вам слід користуватися, аби ще і ще зіграти роль блазня. Ця роль допоможе вам побачити, що світ не такий уже й похмурий, а люди не такі й погані.

#### ***"Похвала, або я дуже хороший"***

Плануючи будь-яку роботу, старайтеся поділити її на дрібні етапи. Після виконання чергового етапу хваліть себе за всяку дрібницю.

І так щоразу: закінчено етап "Я хороший, я дуже хороший".

#### ***"Мої чесноти"***

На великому аркуші паперу складіть список "Мої чесноти" й помістіть його на видному місці. Регулярно (спочатку раз на день, а потім рідше) поповнюйте перелік своїх гарних рис. Для цього треба дуже ретельно вивчати себе, свої особливості, уважно вглядатися у свої звички і вчинки.

Якщо одразу не можете знайти в собі чергової чесноти (гарної риси вдачі), зверніться одразу до найближчих людей, до тих, кому ви особливо довіряєте й чия думка багато важить для вас, а пізніше - до різних людей. Вони вам допоможуть відшукати ваші привабливі риси. Все те добре й хороше, що вони про вас говоритимуть, заносьте до категорії "Мої чесноти".

### **Конформний тип**

Цей тип характеру зустрічається досить часто. Дитина згоджується з усім, що їй пропонує найближче оточення, але варто їй зазнати впливу іншої групи, як вона тут же змінює своє ставлення до тих самих речей на протилежне. Такий підліток ніби втрачає своє ставлення до світу, його судження й оцінки повністю збігаються з думкою тих людей, з якими він у даний момент спілкується. Причому він не виділяється, не нав'язує своєї особистої думки, а просто репрезентує "масу", яка згодна з лідером.

*Домінуючі риси характеру:* постійна й надмірна пристосовність до свого безпосереднього оточення, майже цілковита залежність від малої групи (сім'ї, компанії), куди він на цей момент входить.

Життя йде за гаслом "Думати, як усі, робити, як усі, щоб все було, як у всіх". Це поширюється і на стиль одягу, і на манеру поведінки, на погляди з найголовніших проблем.

Ці підлітки прив'язуються до групи ровесників і беззастережно приймають систему її цінностей, якими б ці цінності не були, без критики. Тому їх найближче майбутнє багато в чому визначається характером і спрямованістю групи, до якої вони на цей момент входять.

*Привабливі риси характеру:* дружелюбність, ретельність, дисциплінованість, поступливість. У групі вони не є винуватцями конфліктів, оскільки приймають стиль життя групи без усякого критичного осмислення, ними зручно командувати.

Вони слухають розповіді товаришів про "подвиги", погоджуються з тими пропозиціями, які надходять від лідерів, охоче беруть участь у

"пригодах", хоч потім можуть і розкаятися. Власної сміливості й рішучі щось запропонувати їм, як правило, бракує, проте, коли в групі модно бути "хоробрими", вони можуть стати "хоробрими".

*Відразливі риси характе:* несамостійність, безвільність, майже цілковита відсутність критичності як щодо себе, так і щодо свого найближчого оточення, що може стати причиною аморальних учинків.

Та коли група, що є для підлітка значимою на цей момент, має позитивну спрямованість, то й він може досягти серйозних успіхів наприклад займаючись у якійсь секції.

*Вразливе місце* цього психотипу: не пересить різких змін, зламу життєвого стереотипу. Позбавлення звичного оточення може викликати реактивні стани.

*Особливості спілкування й дружби.* Конформний тип легко встановлює контакти з людьми, при цьому наслідує тих, кого вважає лідерами. Але дружні стосунки дуже непостійні, залежать від ситуації, яка складається. Такі підлітки не прагнуть першості серед друзів, не виявляють інтересу до нових знайомств.

Самою групою вони сприймаються як безбарвні, малоцікаві люди, котрі готові слухатися інших і мало що здатні запропонувати самі.

*Ставлення до навчання й роботи.* У навчанні конформний тип виявляє себе так само, як і в усьому іншому. Коли його оточення, група, куди він входить, навчається добре, то й він докладе всіх зусиль, аби не відстати від своїх друзів. Коли ж група нехтує навчанням, прогулює уроки, то й він буде поводитися так само. Це не дає йому можливості повно розкрити всі свої здібності.

До роботи він ставиться залежно від настрою групи: може бути дуже працьовитим і ретельним, виконувати доручення творчо й винахідливо, а може й ухилятися від роботи, виконувати все формально. Все залежить від оточення.

### ***Рекомендації***

### *Конфліктогенні ситуації:*

- вигнання зі "своєї" групи дітей, до яких він був особливо прихильним;
- засвоєння нових видів діяльності без зразків або лідерів;
- прийняття самостійних рішень без опори на думки значимих людей;
- знайомство з новими людьми, коли треба проявити себе, свої особисті якості;
- пряма суперечливість між думками двох груп, до яких підліток входить одночасно.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення умов, за яких підліткові доводиться виявляти самостійність, стійкість у відстоюванні своїх позицій.

Так, під час дискусії в класі треба дати йому можливість висловлюватися одним із перших, щоб він зміг підкреслити свою точку зору. Коли ж підліток говоритиме останнім, то найвірогідніше, що він повторить точку зору одного з лідерів своєї групи.

Причому кожен більш-менш серйозний випадок прояву самостійності треба помітити й заохотити.

Педагогові та батькам слід бути особливо уважними до соціального мікросередовища, оскільки, потрапивши до поганої компанії, підліток дуже швидко засвоює всі звички, норми, манери поведінки і стиль спілкування такої групи. Насильне відлучення від цієї компанії не дає позитивних результатів. Значно доцільніше залучити підлітка до мікрогрупи з позитивною спрямованістю.

### ***Психотехнічні вправи***

#### *"Лідер"*

У компанії своїх друзів постарайтеся частіше бути лідером. Наперед придумайте справу, яка буде цікавою для всіх, а потім організуйте товаришів на її виконання. При цьому дійте, спираючися на власне уявлення, а не груповий тиск.

Якщо зразу не вдається бути лідером уже сформованої групи, куди належите й ви, то, можливо, вам слід подумати й зібрати навколо себе

власну групу. В ній ви зможете бути повноправним лідером. Лише для цього слід виявити ініціативу, самостійність, подумати самому, чим привабити одного-двох товаришів до себе, чим зацікавити їх. Спробуйте.

### *"Власна думка"*

Візьміть якусь цікаву для вас і ваших друзів книгу (або подивіться фільм, яким вони захоплюються), ще раз уважно прочитайте її й обов'язково складіть власну думку про неї. Чітко й конкретно формулюйте положення, які вам особливо сподобалися, і ті, котрих ви не приймаєте. Тільки обов'язково чітко й конкретно.

Потім починайте з усіма, найперше з членами своєї групи, вести бесіду про цю книгу. Питайте співрозмовників про те, що їм сподобалося, що вони запам'ятали, й обов'язково говоріть про свою точку зору, не погоджуйтеся з іншими, відстоюйте власну позицію, як би тяжко вам не було.

Через два-три тижні знайдіть новий об'єкт для вироблення власної думки: відеофільм, останній запис рок-групи, цікаву статтю в газеті, журналі, популярну телепередачу та ін.

### **Нестійкий тип**

З дитинства неслухняні, непосидючі, всюди лізуть, але при цьому боягузливі, бояться покарань, легко підкоряються іншим дітям. Такий тип акцентуації характеру часто формується в дітей, які перенесли травму мозку. Тому до них потрібен особливо тактовний підхід.

*Домінуюча риса характеру:* цілковита непостійність проявів. На відміну від конформного психотипу, нестійкий залежить не від групи інших його людей, а від будь-якої людини, яка цієї хвилини була поруч із ним. Його ніщо не може втримати, він зазнає впливу цієї людини.

*Привабливі риси характеру:* товариськість, відвертість, послужливість, доброзичливість, швидкість переключення у справах і спілкуванні.

Часто зовні такі підлітки слухняні, готові щиро виконати прохання дорослих, але ця готовність швидко зникає, а через деякий час (іноді

зовсім незначний період) вони або забувають про те, що обіцяли, або лінуються і придумують безліч причин, які пояснюють неможливість виконати обіцяне.

*Відразливі риси характеру:* безвільність, тяга до порожнього гаяння часу й розваг, балакучість, хвалькуватість, лицемірство, боягузтво, безвідповідальність.

*Вразливе місце* цього психотипу: безнаглядність, безконтрольність, які іноді ведуть до серйозних наслідків.

*Особливості спілкування й дружби.* Підлітки цього типу пасивні, намагаються уникати конфліктів. Контакти в цілому безладні та безцільні. Вони можуть одразу входити до складу кількох груп, при цьому вони дійсно переймають правила й стиль поведінки кожного колективу.

Нестійкий психотип схильний жити сьогоднішнім днем, годинами може переглядати телевізор або відео, слухати музику, нічого при цьому не роблячи. Його майже не цікавлять розваги, які вимагають певних інтелектуальних зусиль.

Потрапляючи в групи ровесників, вони виконують роль підручних у лідерів, можуть бути співучасниками правопорушень або інших негарних вчинків. Схильні до афективних спалахів, у них часто відзначається майже повна розгальмованість. Наприклад, коли такий підліток, прибігши до шкільної їдальні, не знайшов нічого до смаку, щоб з'їсти, він може легко збігати до сусіднього магазину, навіть якщо через це він запізниться на наступний урок,

*Ставлення до навчання й роботи.* Під впливом чергового захоплення вони можуть почати добре навчатися або закинути навчання. Якщо обставини складаються за варіантом "закинути", то в знаннях з'являється безліч пропусків і подальше засвоєння нового матеріалу (навіть за умови величезного бажання вчитися) ускладнюється.

На уроках увага нестійка, часто й надовго відволікаються від роботи. Домашні завдання виконують неохоче й нерегулярно, їх знання безсистемні. Саме тому вони потребують постійного, але тактовного контролю.

На роботі нестійкий психотип теж ненадійний, тому що може підвести щомиті.

### ***Рекомендації***

#### *Конфліктогенні ситуації:*

- жорстка підлеглість дисциплінарним вимогам, особливо якщо це потрібно робити тривалий час;
- обмеження в спілкуванні з людьми, котрі допомагають розважатися;
- тривалі зусилля й концентрація сил на якійсь одній роботі;
- при необхідності приймання конкретних рішень й відповідати за них.

Надання *допомоги* цьому психотипові вимагає від дорослих та батьків великого терпіння, такту, систематичності й наполегливості. Таких підлітків не можна залишати без постійної уваги. Вони мають завжди бути під ненав'язливим наглядом.

На них позитивно впливає добре організована фізична праця, оскільки вона дисциплінує їх і якоюсь мірою емоційно розряджає.

Здійснюючи виховання, доцільно узгоджувати зусилля педагогів і сім'ї. Тільки за умови постійної і злагодженої взаємодії можна одержати позитивний результат. Коли ж між батьками і вчителями існують серйозні суперечності, це може загострити емоційну кризу підлітка.

### ***Психотехнічні вправи***

#### *"Коли почав кричати, так у сопілку не грати"*

Вам дуже подобається розважатися, відпочивати, переглядати телепередачі тощо. Все це дуже добре, але спробуйте жити, користуючися принципом "Коли почав кричати, так у сопілку не грати". Для цього дотримуйтеся правила: чергова розвага лише після того, як буде виконана якась конкретна справа.

Отже, спочатку робота і тільки потім відпочинок. Причому чим більше справ, тим більше розваг і часу для відпочинку.

#### *"Постійне хобі"*

Складіть перелік усіх своїх останніх захоплень, наприклад за одні два місяці. Проаналізуйте їх за 5-бальною шкалою, визначте сьогоднішній інтерес до кожного захоплення.

Можливо, вони всі цікаві для вас однаковою мірою або яесь уже не викликає колишнього ентузіазму. Вам належить із усього переліку вибрати лише одне захоплення, яке має стати вашим постійним хобі, наприклад на наступні три місяці ( краще - на півроку).

Для вас це важке рішення, але його потрібно прийняти і в подальшому постаратися виконувати. Розширюйте межі вашого захоплення, знаходьте нових захоплених тією ж справою людей, більше читайте, передплатіть потрібні газети чи журнали, запишіться (коли є така можливість) у гурток чи в секцію.

Через півроку повторіть аналіз, складіть перелік своїх захоплень, виберіть одне - своє хобі.

### **Астенік**

З дитинства поганий сон, апетит, дитина часто капризує, плаче, всього боїться. Вона дуже чутлива до гучних звуків, яскравого світла, її швидко втомлює навіть невелика кількість людей, тому вона прагне усамітнення.

*Домінуючі риси характеру:* підвищена втомлюваність, дратівливість схильність до іпохондрії.

*Привабливі риси характеру:* охайність, дисциплінованість, скромність, поступливість, ретельність, дружелюбність, незлопам'ятність, здатність до розкаяння.

*Відразливі риси характеру:* примхливість, плаксивість, невпевненість у собі, млявість, забудькуватість.

Такі підлітки боязкі, соромливі, з дуже заниженою самооцінкою, коли необхідно, не можуть постояти за себе. Вони відчувають велику тривогу внаслідок зміни зовнішніх обставин, зламу стереотипів, оскільки одним із механізмів психологічного захисту є звикання до одних і тих же речей та життєвого устрою.



*Вразливі місця* цього психотипу: раптові афективні спалахи через сильну втомлюваність, дратівливість.

*Особливості спілкування й дружби.* Астенік не прагне до близьких стосунків через свою лякливість і невпевненість, не виявляє ініціативи. Коло друзів обмежене передусім через раптові вибухи роздратованості й часті примхи.

*Ставлення до навчання і роботи.* Астенікові часто заважає занижена самооцінка, тим більше коли педагог ставить підвищені вимоги, тому що знає, що ця дитина може вчитися краще. Але постійні сумніви, почуття тривоги й страху перед можливою помилкою заважають астенікові нормально працювати на уроці, наприклад навіть відповідати коло дошки, коли матеріал добре знайомий. Особливо його лякають несподівані виклики до дошки, адже такий підліток не може одразу сконцентрувати думки. Він розгублюється, червоніє, не може відповідати, а потім довго й болісно переживає свою "ганьбу".

Робота також швидко його втомлює, не дає почуття радості, не приносить полегшення. Тяжка й напружена робота викликає роздратування, підліток може заплакати від почуття безсилля. Тому він потребує періодичного відпочинку або чергування різних видів діяльності. Та в кожному разі це має бути не дуже інтенсивне фізичне й психічне навантаження.

### ***Рекомендації***

#### *Конфліктогенні ситуації:*

- раптове фізичне і психічне напруження;
- відкриті конфлікти, коли доводиться захищати свою точку зору;
- насмішки над слабкостями астеніка, його помилками, невмілими діями;
- вимушене активне спілкування з великою кількістю людей;
- необхідність швидкого переключення в роботі або спілкуванні;

- потреба виявлення певної сили волі.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення ситуацій, у яких підліток може виявити впевненість, твердість, сміливість, наприклад публічні виступи, виконання завдань, які вимагають певної сміливості. Але такі завдання повинні бути посильними для дитини.

Якщо астеник слабо встигає з якогось предмета, то педагог, батьки мають надавати йому дозовану допомогу в не дуже тактовній, ненав'язливій формі. Найменші успіхи слід помічати, підтримувати й закріплювати. Іноді може бути виправданою і трохи завищена оцінка з метою підвищення його упевненості в собі, зміни самооцінки.

Для школярів цього психотипу особливу роль відіграють продумані режим праці й відпочинку, розумне чергування навантажень, щоб діти не перевтомлювалися. Афективні спалахи можливі за умови змагання, коли астеник починає розуміти, що він не в змозі стати переможцем. Тому і в сім'ї, і в школі не варто створювати чи провокувати ситуації змагання, наприклад: "Хто з вас швидше виконає домашнє завдання, той довше гулятиме".

### ***Психотехнічні вправи***

#### *"Допомога іншим"*

Ви дуже уважно ставитеся до своїх проблем, і це добре. А тепер спробуйте зайнятися проблемами інших людей, допомагайте їм долати їхні труднощі. Ці турботи й увага до людей допоможуть вам переключитися, знімуть зайве роздратування, додадуть сил.

Візьміть собі за правило, хоча б раз на день допомагати комусь, хай і найменшому, обов'язково подумати про іншого і зробити для нього щось потрібне.

#### *"Життя прекрасне"*

Кілька разів на день підходьте до дзеркала й уважно розглядайте вираз свого обличчя. Найімовірніше, спочатку ви бачитимете вираз ображеної, роздратованої людини. Постарайтеся посміхнутися самому собі, скажіть при цьому: "Я мила й хороша людина, у мене все гаразд. Я ні на кого не

ображаюся й не серджусь. Ніщо мене не дратує. Життя - прекрасне». Ці слова можна промовляти і вголос. Повторіть їх кілька разів, зберігаючи усмішку.

### **Лабільний тип**

У дитинстві звичайно не відрізняються від ровесників, але часто застуджуються, хворіють ангінами, іншими інфекційними захворюваннями. Здатні впадати в похмурий настрій через несхвальне слово, непривітний погляд, поламану іграшку. Приємні слова, новий костюм або книжка, гарна новина можуть покращити настрій, надати розмові веселого тону, але тільки доти, поки чергова "неприємність" усе не зіпсує.

*Домінуюча риса характеру:* надзвичайна мінливість настрою: він змінюється надто часто й надмірно різко з нікчемних (непомітних іншим) причин. Від душевного стану на цей момент залежить практично все: і апетит, і сон, і загальне самопочуття, і бажання спілкуватися, і працездатність, і бажання вчитися тощо.

*Привабливі риси характеру:* комунікабельність, товариськість, добродушність, чуйність, прихильність і ширість (у періоди піднесеного настрою). Лабільний підліток відзначається глибокими почуттями, щирою прихильністю до тих, із ким він у гарних стосунках, кого він любить і про кого піклується. Причому ця прихильність зберігається, незважаючи на мінливість його настрою.

*Відразливі риси характеру:* дратівливість, запальність, забіякуватість, послаблений самоконтроль, схильність до конфліктів (у періоди пригніченого настрою). Під час простої розмови може спалахнути, набіжать сльози, готовий сказати щось зухвале, образливе.

*Вразливе місце* цього психотипу: емоційне відкидання з боку значимих людей, втрата близьких або розлука з тими, до кого відчуває глибоку прихильність.

*Особливості спілкування й дружби.* Все залежить від настрою. Якщо він радіє і задоволений життям, то контакти встановлює дуже охоче; коли ж засмучений і невдоволений життям - вони різко скорочуються.

Настрій часто змінюється від украй незначної репліки того, з ким він дружить. Просте зауваження на адресу підлітка може викликати депресію, спричинити розрив дружніх стосунків. І навпаки, слова друга можуть помітно покращити настрій, викликати нестримний приплив енергії, бажання зробити щось гарне для нього.

Він володіє добре розвиненою інтуїцією щодо людей, може досить легко визначити "хорошу" й "погану" людину, вибираючи собі друга. У дружбі віддає перевагу тим, хто здатен під час спаду настрою відволікти, втішити його, підняти настрій, розповісти щось цікаве, коли хтось, нападатиме, захистити й прикрити собою, а у хвилини емоційного піднесення розділити бурхливі веселощі й радість. Підліток такого психотипу здатен на вірну дружбу.

Дуже чутливо реагує на знаки уваги, вдячність, похвалу й заохочення, якими він по-справжньому тішиться, але це не переходить у зарозумілість і самовдоволеність.

*Ставлення, до навчання й роботи.* Таким дітям характерна надзвичайна мінливість. Непередбачуваність поведінки, реакцій на репліки й прохання педагога чи батьків. У відповідь на зауваження може розсміятися й радісно взятися за виправлення вказаної помилки, але цілком можливі й сльози, й роздратування, й небажання підкорюватися законним вимогам педагога.

Знання лабільного підлітка поверхові та безсистемні, оскільки він не може керувати сам собою і не піддається управлінню з боку педагогів чи батьків. Періоди різких змін настрою йому непідвладні.

Працюючи, лабільний підліток може переключатися, забути про свій поганий настрій, але це відбувається лише в тому разі, якщо робота його зацікавила, не набридає, захоплює його. Це є однією з умов профілактики його поганого настрою.

### ***Рекомендації***

*Конфліктогенні ситуації:*

- сильна конкуренція;

- ображення власної гідності;
- цілковита дисгармонія з його настроєм (усім весело, а він у цей час страждає);
- відсутність успіху, визнання, уваги;
- загроза покаранням, страх перед кимось або чимось;
- критика самого підлітка, його поведінки.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є встановлення тісного, довірливого контакту, цілковитого взаєморозуміння. Це можливе, коли підліток бачить доброзичливе ставлення до себе, знаходить співчуття.

Бажаним є тісний емоційний контакт із повним розкриттям його переживань. Звичайно, у цього психотипу слідом за емоційним реагуванням настає душевне розслаблення, у такому стані він стає доступним для продуктивного контакту.

Особливу увагу потрібно приділити його взаєминам у класі, у родині. При цьому слід враховувати, що для нього багато важать постійна емоційна підтримка, співпереживання інших.

Лабільний підліток легко виходить із пригніченого стану завдяки підбадьорюванню, розраді й появі приємної перспективи (хай і не завжди реальної).

### ***Психотерапевтичні вправи***

#### *“Аналітик”*

Розвивайте в собі звичку аналізувати всі раптові зміни в настрої: що відбулося; що змінило мій настрій? Частіше задавайте такі запитання. А коли набереться два-три десятки відповідей, визначте, які з причин трапляються частіше.

Тепер залишається найголовніше – виключити причини, з яких ваш настрій так швидко й несподівано навіть для вас змінюється. Намагайтеся не потрапляти в ті ситуації, які призводять до різкої зміни вашого настрою в гірший бік.

#### *“Єдина роль”*

Спробуйте ввійти в образ, наприклад флегматичної, спокійної людини, яка все бачила, все знає, і прожити в цьому образі кілька годин підряд. Як би важко вам не було, які б причини не виникали, вам не можна виходити з образу.

Реагуйте не на те, що відбувається, як реагував би ваш герой-флегматик. Спочатку спокійно обдумайте, що ж, власне, сталося, зберіть додаткову інформацію для прийняття необхідного рішення, відкладіть його ще на якийсь час (раптом щось іще станеться) і лише потім дійте.

*“Роздратування відміняється”*

Як би вам не хотілося «розрядити» свій поганий настрій на комусь із близьких чи знайомих, не робіть цього відразу. Знайдіть інший спосіб – зробіть міні-зарядку, послушайте улюблений запис, прогуляйтеся парком тощо.

Треба сформувати в собі звичку – не виявляти своє роздратування відразу після його виникнення. Постарайтеся переключитися на щось приємніше.

Спробуйте для початку прожити цілий день, не роздратовуючись словами і вчинками на інших людей. Якщо вийшло, то збільшуйте термін цієї справи до двох днів підряд. Потім зробіть маленьку перерву й ще раз повторіть. Два дні без роздратування. І знову збільшуйте тривалість без «роздратування», наприклад до трьох, чотирьох днів підряд.

### **Циклоїд**

У дитинстві мало чим відрізняється від ровесників, але іноді справляє враження гіпертима, тобто періодами може бути надзвичайно галасливим, пустотливим, увесь час щось видумує, а потім знову стає спокійною і слухняною дитиною. З початку пубертатного періоду (статевої зрілості) виникають періодичні фази зміни настрою, тривалість яких може бути від кількох днів до тижня і більше.

*Домінуючі риси характеру:* зміна двох протилежних станів – гіпертимного, гіпотимного, циклічні зміни емоційного фону (періоди піднесеного настрою змінюються фазами емоційного спаду).

*Привабливі риси характеру:* ініціативність, життєрадісність, товариськість (із періодами піднесеного настрою, коли він схожий на гіпертима); задумливість, самокритичність (у періоди спаду настрою, коли він схожий на гіпотима).

*Відразливі риси характеру:* непослідовність, неврівноваженість, байдужість, спалахи роздратованості, надмірної образливості й прискіпливості до інших. Під час спаду настрою важче і жити, і вчитися, і спілкуватися. Компанії починають дратувати, ризик і пригоди, розваги й контакти втрачають свою колишню принадність. Підліток стає на якийсь час “домосідом”.

Помилки, дрібні неприємності, які трапляються в цей період через погане самопочуття, переживаються ним дуже важко, тим більше що є з чим порівнювати. Адже ще день-два тому все прекрасно виходило, наприклад у спорті, а сьогодні не йде гра, і тренер не задоволений, і сам підліток не знає, що робити. Це часто його пригнічує, він не пізнає себе, свого організму, не може зрозуміти небажання бачити навіть близьких людей.

На репліки й зауваження відповідає незадоволено й грубо, хоча в душі сильно переживає ці раптові для нього зміни. Але почуття безвиході не буває, оскільки він розуміє, що мине певний час і все знову стане добре, буде виходити, як і раніше. Треба лише перечекати цей період спаду.

*Вразливе місце цього психотипу:* емоційне неприйняття з боку значимих для нього людей і корінний злам життєвих стереотипів.

*Особливості спілкування й дружби:* стосунки з людьми носять циклічний характер: тяга до спілкування, нових знайомств, відчайдушне завзяття змінюється на замкнутість, небажання спілкуватися навіть із найближчими людьми (“ви всі мені набридли”). Він віддає перевагу справжній дружбі з тими, хто добре розуміє неминучість зміни в стосунках на певний час, і не ображається на це, передбачає спалахи роздратованості та вразливості.

*Ставлення до навчання і роботи:* У навчанні такаж ситуація: періоди активної праці на уроках і вдома змінюються етапами, коли в підлітка настає

повна байдужість до навчальних предметів, домашніх завдань. У роботі він то гіпертим (всяка справа виходить, але лише доти, доки вона цікава), то гіпотим (незадоволений усякою запропонованою роботою, знайде причину для скарг і роздратування).

### ***Рекомендації***

*Конфліктогенні ситуації:*

- несподівані доручення і прохання, які суперечать настрою цього моменту;
- різка зміна звичних станів;
- необхідність відступу від установлених стереотипів, звичок;
- претензії, утиски і невдачі;
- психологічні перевантаження, особливо на стадії спаду.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є попередження перенавантажень, особливо на стадії спаду. Для цього слід продумати кілька варіантів завдань і доручень та використовувати той варіант, який найбільше відповідає стану підлітка в цей момент. Добре допомагають доручення і завдання, які відволікають від негативних емоцій і станів, наприклад не дуже важка фізична робота в гарній компанії ровесників.

Під час встановлення контакту з таким підлітком важливо правильно розуміти, що він зараз відчуває, як ставиться до себе й до оточення в цей момент. Тільки після цього можна починати змістову частину бесіди. Якщо підліток перебуває у фазі спаду, то доцільніше просто виявити до нього теплу психологічну підтримку, допомогти впоратися із занепадом сил, не варто намагатися вплинути на нього в цей період.

Якщо ж він перебуває в піднесенні, то можна і треба поговорити з ним про те, що йому слід робити, щоб розуміти свої особливості та більше контролювати себе.

### ***Психотехнічні вправи***

У період спаду – вправи, рекомендовані для гіпотима: “Переможець”, “Блазень”, “Похвала, або Я дуже хороший”.



В періоди піднесення сил – вправи для гіпертима: *“Повний порядок”* і *“Кінець – ділу вінець”*.

## **Карта визначення ризику суїцидальності**

Карта призначена для визначення ризику здійснення суїциду і ступеня такого ризику в осіб, які опинились у важких життєвих ситуаціях. Застосування карти правомірно під час дослідження пацієнтів із наявними в анамнезі гострими афективними реакціями на фоні акцентуації характеру, а також у встановленні ризику суїциду осіб без вираженої характерологічної патології в умовах життєвої кризи.

У карту включений 31 фактор ризику суїциду, наявність кожного із яких необхідно виявити в досліджуваного. Карту повинні заповняти психологи, які добре знайомі з анамнезом та особистістю пацієнта на основі вільної бесіди з ним. Заповнюючи карту, необхідно виходити не із суб'єктивної оцінки себе пацієнтами, а із вражень клінічного психолога, отриманих під час ретельного вивчення анамнезу.

## **Фактори ризику суїцидальності**

### *1. Дані анамнезу*

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років.
2. Раніше мала місце суїцидальна спроба.
3. Суїцидальна спроба у родичів.
4. Розлучення чи смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Недостатньо тепла в сім'ї в дитинстві чи юності.
6. Початок статевого життя – до 18 років і раніше.
7. Повна чи часткова бездоглядність у дитинстві.
8. Провідне місце в системі цінностей займають любовні відносини.
9. Виробнича сфера не відіграє важливої ролі у системі цінностей.
10. В анамнезі мало місце розлучення.

### *2. Актуальна конфліктна ситуація*

1. Ситуація невизначеності, очікування.
2. Конфлікт в області любовних чи подружніх відносин.
3. Тривалий конфлікт.
4. Подібний конфлікт мав місце раніше.
5. Конфлікт, погіршений неприємностями в інших сферах життя.
6. Суб'єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
7. Почуття образи, жалю до себе.
8. Почуття втоми, безсилля.
9. Суїцидальні висловлювання, погрози суїциду.

### *3. Характеристика особистості*

1. Емоційна лабільність.
2. Імпульсивність.
3. Емоційна залежність, необхідність надзвичайно близьких емоційних контактів.
4. Довірливість.
5. Емоційна в'язкість, ригідність афекту.
6. Хворобливе самолюбство.
7. Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішень.
8. Напруженість потреб (сильно виражене бажання досягти своєї цілі, висока інтенсивність даної потреби).
9. Наполегливість.
10. Рішучість.
11. Безкомпромісність.
12. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

Після виявлення всіх параметрів, кожному з них приписується умовна вага відповідно до таблиці. Так, більшість параметрів (8; 9; 11–31) за їх наявності в досліджуваній особі оцінюється балом “1”. Деякі найбільш значимі фактори анамнезу – балами “2” (5–7) і “3” (1–4; 10). У випадку незначної вираженості будь-якої властивості їй приписується вага, рівна

половині від “1”, “2” чи “3”. За відсутності будь-якого із 31 параметрів він оцінюється балом “-0,5”. Не виявленими з різних причин можуть бути не більше 2–3 факторів. Їх вага дорівнює нулю. Нулем оцінюються також характеристики 7 і 10 осіб, які не досягли середнього початку статевого життя (17 років) та вступу у шлюб (21 рік).

Потім вираховується сума балів за всіма факторами. Якщо отримана величина менша, ніж 8,86 – ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається в межах від 8,86 до 15,48, то існує ризик здійснення суїцидальної спроби. У випадку, коли сума балів перевищує 15,48, ризик суїциду досліджуваного високий, а у випадку наявності в анамнезі спроби самогубства, значний ризик її повторення. Таким чином, самогубство – явище, яке досить часто трапляється в людському суспільстві. У кожної людини стільки внутрішньої індивідуальності, стільки свого особистого емоційно забарвленого бачення життєвих проблем, що навіть при зовнішньому благополуччі у неї завжди можуть виникнути власні причини для самогубства. Звичайно, соціальне середовище значною мірою визначає рівень самогубств, але, напевне, у найближчому майбутньому повністю зняти цю проблему суспільство не зможе.

## **Опитувальник на “вигорання” МВІ**

Авторами цього опитувальника є американські психологи К. Маслач і С. Джексон. Він призначений для вимірювання ступеня “вигорання” в професіях типу “людина-людина”. Цей варіант адаптований Н. Є. Водоп’яноюю.

**Інструкція.** Дайте, будь ласка, відповідь, як часто Ви переживаєте почуття, які названі нижче в опитувальнику. Для цього на бланку відповідей відмітьте за кожним пунктом позицію, яка відповідає частоті ваших думок і переживань: ніколи, дуже рідко, іноді, часто, дуже часто, кожен день.

*Текст опитувальника*

1. Я почуваю себе емоційно спустошеним.
2. Після роботи я почуваю себе, як “вижятий лимон”.
3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і намагаюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюсь із деякими підлеглими та колегами як із предметами (без теплоти й прихильності).
6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмю знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях, які виникають під час спілкування з колегами.
8. Я відчуваю пригнічення та апатію.
9. Я впевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став “черствим” у ставленні до тих, із ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота робить мене жорстокішим.
12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Мені здається, що я забагато працюю.
15. Буває, що мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими моїми підлеглими і колегами.
16. Мені хочеться усамітнитись і відпочити від усього і всіх.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне поживлення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене в моїй роботі.
21. Останнім часом мені здається, що колектив і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем і обов’язків.

## **Обробка результатів**

Відповіді досліджуваного оцінюються: **0 балів** – “ніколи”, **1** – “дуже рідко”, **3** – “інколи”, **4** – “часто”, **5** – “дуже часто”, **6** – “кожен день”.

### **Ключ**

*Шкала “емоційного виснаження”* – відповіді за пунктами 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

*Шкала “деперсоналізації”* – відповіді за пунктами 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

*Шкала “редукції особистісних досягнень”* – відповіді за пунктами 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

### **Висновки**

Чим більша сума балів за кожною шкалою окремо, тим більше в досліджуваного виражені різні сторони “вигорання”. Можна також враховувати суму балів усіх шкал.

## **Методика дослідження емоційно-особистісних особливостей (опитувальник Ольшаннікової-Рабінович)**

Опитувальник дає змогу визначити стійку схильність людини до переживання трьох базових емоцій: страху, гніву й радості.

**Інструкція.** Вам пропонується кілька запитань про особливості поведінки і Ваших почуттів. Прочитайте кожне запитання та вирішіть, чи правильне це твердження щодо Вас, чи ні. Відповіді на запитання повинні відповідати такому принципіві:

- *безумовно, так* – 4;
- *мабуть, так* – 3;
- *мабуть, ні* – 1;
- *безумовно, ні* – 0.

Працюйте швидко, не затрачайте дуже багато часу на будь-яке запитання, цікава Ваша перша реакція, а не результат Ваших тривалих

роздумів. Весь опитувальник повинен зайняти кілька хвилин. Тут немає поганих чи гарних відповідей, будь-яка Ваша відповідь є правильною.

*Текст опитувальника.*

1. Чи можете Ви сказати про себе, що ви за своїм характером оптиміст?
2. Чи боїтеся Ви темряви в незнайомому оточенні?
3. Чи буває вам страшно йти темною безлюдною вулицею?
4. Чи схильні Ви перейматися невеселими, похмурими думками?
5. Чи вважаєте Ви, що Ваші життєві обставини приносять Вам багато невдоволення?
6. Чи страшно Вам дивитися вниз із великої висоти?
7. Чи можна сказати, що у Вас переважає радісне світовідчуття?
8. Чи охоплює Вас гнів так сильно, що Ви довго не можете заспокоїтись?
9. Якби над Вами зле пожартували, чи розгнівало б це Вас?
10. Чи властиво Вам переживати почуття страху під час сильної грози?
11. Чи легко Вас розсердити?
12. Чи викликають у Вас страх страшні сцени в кінофільмах?
13. Якщо Ви зазнаєте поразки в спорті, чи дратуєтеся Ви і злитесь?
14. Чи є Ви прихильником думки, що в житті більше радощів, ніж негараздів?
15. Чи невдоволені Ви, якщо не виконуються Ваші вимоги?
16. Чи любите Ви веселоці навколо Вас?
17. Чи буває у Вас почуття страху перед відвідуванням стоматолога або перед необхідністю зробити укол?
18. За можливості, чи стали б Ви займатися будь-яким небезпечним видом спорту?
19. Чи викликають у Вас роздратування будь-які труднощі в діяльності?
20. Чи можна сказати, що Ваш настрій найчастіше буває веселим і бадьорим?
21. Чи дратує Вас, якщо Ви дуже поспішаєте, а Вам несподівано завадили?

22. Чи дратує Вас, якщо Вам здається, що Вас не розуміє близька людина?
23. Чи поступливі Ви?
24. Чи відчуваєте Ви страх, коли Вам необхідно звернутися до начальника або високопосадової особи?
25. Чи буваєте Ви активним учасником веселощів у компанії?
26. Чи можна сказати про Вас, що Ви життєрадісна людина?
27. Коли на Вас кричать, Вам хочеться відповісти тим же?
28. Чи наважитесь Ви піти вночі в будь-яке страшне місце, якщо справа йде на спір?
29. Чи легко Вас розсердити?
30. Вам властивий стан задоволеності життям?
31. У Вас часто з'являється бажання з ким-небудь посваритися?
32. Чи вважаєте Ви себе веселою людиною?
33. Чи боїтеся Ви виходити на сцену, трибуну?
34. Чи охоплюють Вас неприємні почуття, коли Ви в ліфті, тунелі?
35. Зазвичай уранці у Вас бадьорий, радісний настрій?
36. Чи можна Вас назвати сміливою людиною?

### Ключ

Відповіді на запитання	Бали	
	для прямих запитань	для обернених запитань
Безумовно, так – 4	4	0
Мабуть, так – 3	3	1
Мабуть, ні – 1	1	3
Безумовно, ні – 0	0	4

*Гнів:* 5, 8, 9, 13, 15, 19, 21, 22, 27, 29, 31 – прямі відповіді; 23 – обернена відповідь.

*Страх:* 2, 3, 6, 10, 12, 17, 24, 33, 34 – прями відповіді; 18, 28, 36 – обернені відповіді.

*Радість:* 1, 7, 11, 14, 16, 20, 25, 26, 30, 32, 35 – прями відповіді; 4 – обернена відповідь.

Для кожної емоції підраховується сума балів.

*Високі значення:* для гніву – 25 балів і вище; для страху – 29 балів і вище; для радості – 28 і вище.

*Середні значення:* для гніву – від 12 до 24; для страху – від 13 до 28; для радості – від 12 до 27.

*Низькі значення:* для гніву – 11 балів і нижче; для страху – 12 і нижче; для радості – 11 і нижче.

## **Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса**

Вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою, у дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Тест складається із 58 запитань, які можуть зачитуватися школярам і можуть пропонуватись у письмовому вигляді. На кожне запитання потрібно однозначно відповісти: “Так” чи “Ні”.

Інструкція: “Діти, зараз Вам буде запропоновано опитувальник, який складається із запитань про те, як Ви себе почуваєте в школі. Намагайтеся відповідати щиро і правдиво, тут немає правильних чи неправильних, гарних чи поганих відповідей. Над запитаннями довго не роздумуйте.

На бланку для відповідей зверху запишіть своє ім'я, прізвище і клас. Відповідаючи на запитання, записуйте його номер і відповідь “+”, якщо Ви згодні з ним, чи “-” якщо не згодні.

### ***Текст опитувальника***

1. Чи важко тобі триматися на одному рівні з усім класом?



2. Чи хвилюєшся ти, коли вчитель говорить, що збирається перевірити, наскільки ти знаєш матеріал?
3. Чи важко тобі працювати в класі так, як цього хоче вчитель?
4. Чи сниться тобі іноді, що вчитель розлючений через те, що ти не знаєш урок?
5. Чи бувало так, що хто-небудь із твого класу набив чи вдарив тебе?
6. Чи часто тобі хочеться, щоб учитель не поспішав, пояснюючи новий матеріал, поки ти не зрозумієш, що він говорить?
7. Чи сильно ти хвилюєшся під час відповіді чи виконання завдання?
8. Чи трапляється з тобою, що ти боїшся висловлюватися на уроці, тому що не хочеш зробити безглузду помилку?
9. Чи тремтять у тебе коліна, коли тебе викликають відповідати?
10. Чи часто твої однокласники насміхаються з тебе, коли ви граєте в різні ігри?
11. Чи трапляється так, що тобі ставлять нижчу оцінку, ніж ти очікував?
12. Чи тебе хвилює питання про те, чи не залишать тебе на другий рік?
13. Чи намагаєшся ти уникати ігор, у яких робиться вибір, тому що тебе, як правило, не вибирають.
14. Чи буває іноді, що ти весь тремтиш, коли тебе викликають відповідати?
15. Чи часто в тебе виникає відчуття, що ніхто з твоїх однокласників не хоче робити те, що хочеш робити ти?
16. Чи сильно ти хвилюєшся перед тим, як розпочати виконувати завдання?
17. Чи важко тобі отримувати такі оцінки, яких очікують від тебе батьки?
18. Чи боїшся ти іноді, що тобі стане погано в класі?
19. Чи будуть твої однокласники сміятися з тебе, якщо ти зробиш помилку під час відповіді?
20. Чи схожий ти на своїх однокласників?
21. Виконавши завдання, чи хвилюєшся у зв'язку з тим, як ти з ним справився?
22. Коли ти працюєш у класі, чи впевнений у тому, що все добре запам'ятаєш?

23. Чи сниться тобі іноді, що ти в школі й не можеш відповісти на запитання вчителя?
24. Чи правильно те, що більшість дітей ставиться до тебе по-дружньому?
25. Чи працюєш ти старанніше, якщо знаєш, що результати твоєї роботи будуть порівнюватися в класі з результатами твоїх однокласників?
26. Чи часто ти мрієш про те, щоб менше хвилюватися, коли тебе запитують?
27. Чи боїшся ти іноді вступати в суперечку?
28. Чи відчуваєш ти, що твоє серце починає сильно битися, коли вчитель говорить, що збирається перевірити твою готовність до уроку?
29. Коли ти отримуєш гарні оцінки, чи думає хто-небудь із твоїх друзів, що ти хочеш вислужитися?
30. Чи гарно ти себе почуваш з тими твоїми однокласниками, до яких діти ставляться з особливою увагою?
31. Чи трапляється, що деякі діти в класі говорять щось, що тебе зачіпає?
32. Як ти думаєш, чи втрачають прихильність ті з учнів, які не справляються з навчанням?
33. Чи правда те, що більшість твоїх однокласників не звертають на тебе уваги?
34. Чи часто ти боїшся виглядати недоречно?
35. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться вчителі?
36. Чи допомагає твоя мама в організації вечорів, як інші мами твоїх однокласників?
37. Чи хвилювало тебе коли-небудь, що думають про тебе інші?
38. Чи сподіваєшся ти в майбутньому вчитися краще, ніж раніше?
39. Чи вважаєш ти, що одягаєшся у школу так само гарно, як і твої однокласники?
40. Чи часто ти замислюєшся, відповідаючи на уроці, що думають про тебе в цей час інші?
41. Чи володіють здібні учні якимись особливими правами, яких немає в інших дітей у класі?

42. Чи сердяться деякі з твоїх однокласників, коли тобі вдається бути кращим за них?
43. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться однокласники?
44. Чи добре ти себе почуваєш, коли залишаєшся один на один з учителем?
45. Чи висміюють іноді твої однокласники твою зовнішність і поведінку?
46. Чи думаєш ти, що хвилюєшся про свої дошкільні справи більше, ніж інші діти?
47. Якщо ти не можеш відповісти, коли тебе запитують, чи відчуваєш, що ось-ось розплачешся?
48. Коли ввечері лежиш у ліжку, чи думаєш ти іноді з хвилюванням про те, що буде завтра у школі?
49. Працюючи над важким завданням, чи відчуваєш ти іноді, що зовсім забув речі, які добре знав раніше?
50. Чи тремтить злегка твоя рука, коли ти працюєш над завданням?
51. Чи відчуваєш ти, що починаєш нервувати, коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання?
52. Чи лякає тебе перевірка твоїх знань у школі?
53. Коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання, чи відчуваєш ти страх, що не впораєшся з ним?
54. Чи снилося тобі іноді, що твої однокласники можуть зробити те, чого не можеш ти?
55. Коли вчитель пояснює матеріал, чи здається тобі, що твої однокласники розуміють його краще, ніж ти?
56. Чи хвилюєшся ти по дорозі в школу, що вчитель може дати класу роботу для перевірки знань?
57. Коли ти виконуєш завдання, чи відчуваєш зазвичай, що робиш це погано?
58. Чи тремтить злегка твоя рука, коли вчитель просить зробити завдання на дошці перед усім класом?

### ***Обробка та інтерпретація результатів***

Під час обробки результатів виділяють запитання, відповіді на які не збігаються з ключем тесту. Наприклад, на 58-ме запитання дитина відповіла

“Так”, у той час як у ключі цьому запитанню відповідає “-”, тобто відповідь “Ні”. Відповіді, які не збігаються з ключем, – це прояв тривожності. Під час обробки підраховується:

1. Загальна кількість розбіжностей з усього тексту. Якщо вона більша 50 %, можна говорити про підвищену тривожність дитини, якщо – понад 75 % від загального числа запитань тесту – про високу тривожність.

2. Число збігів за кожним із восьми факторів тривожності, які виділяються в тексті. Рівень тривожності визначається так, як і в першому випадку. Аналізується загальний внутрішній емоційний стан школяра, який визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

<b>Фактор</b>	<b>№ запитань</b>
1. Загальна тривожність у школі	2, 3, 7, 12, 16, 21, 23, 26, 28, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 $\Sigma = 22$
2. Переживання соціального стресу	5, 10, 15, 20, 24, 30, 33, 36, 39, 42, 44 $\Sigma = 11$
3. Фрустрація потреби в досягненні успіху	1, 3, 6, 11, 17, 19, 25, 29, 32, 35, 38, 41, 43 $\Sigma = 13$

4. Страх самовираження	27, 31, 34, 37, 40, 45 $\Sigma = 6$
5. Страх ситуації перевірки знань	2, 7, 12, 16, 21, 26 $\Sigma = 6$
6. Страх не відповідати очікуванням оточуючих	3, 8, 13, 17, 22 $\Sigma = 5$
7. Низький фізіологічний опір стресу	9, 14, 18, 23, 28 $\Sigma = 5$
8. Проблеми і страхи під час стосунків з учителями	2, 6, 11, 32, 35, 41, 44, 47 $\Sigma = 8$

Ключ до запитань

“+” – Так

“-” – Ні

1 -	19 -	37 -	55 -
2 -	20 +	38 +	56 -
3 -	21 -	39 +	57 -
4 -	22 +	40 -	58 -
5 -	23 -	41 +	
6 -	24 +	42 -	
7 -	25 +	43 +	
8 -	26 -	44 +	
9 -	27 -	45 -	
10 -	28 -	46 -	
11 +	29 -	47 -	
12 -	30 +	48 -	
13 -	31 -	49 -	
14 -	32 -	50 -	
15 -	33 -	51 -	
16 -	34 -	52 -	
17 -	35 +	53 -	
18 -	36 +	54 -	

### **Результати:**

1. Число незбігів знаків (“+” – Так, “-” – Ні) з кожного фактору (абсолютне число незбігів у відсотках: <50 %;  $\geq 50$  %;  $\geq 75$  %) для кожного респондента.

2. Представлення цих даних у вигляді індивідуальних діаграм.

3. Число незбігів з кожного виміру для всього класу: – абсолютне значення – <50 %;  $\geq 50$  %;  $\geq 75$  %.

4. Представлення цих даних у вигляді діаграми.

5. Кількість учнів, які мають незбіг за визначеним фактором  $\geq 50\%$  і  $\geq 75\%$  (для всіх факторів).

6. Представлення порівняльних результатів при повторних вимірюваннях.

7. Повна інформація про кожного учня (за результатами тесту).

Змістовна характеристика кожного синдрому (фактора)

1. *Загальна тривожність у школі* – загальний емоційний стан дитини, пов'язаний із різноманітними формами її включення в життя школи.

2. *Переживання соціального стресу* – емоційний стан дитини, на фоні якого розвиваються її соціальні контакти (передусім із ровесниками).

3. *Фрустрація потреби в досягненні успіху* – несприятливий психічний фон, який не дає змоги дитині розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату тощо.

4. *Страх самовираження* – негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, представлення себе іншим, демонстрація своїх можливостей.

5. *Страх ситуації перевірки знань* – негативне ставлення і переживання тривоги в ситуаціях перевірки (особливо – публічної) знань, досягнень, можливостей.

6. *Страх не відповідати очікуванням інших* – орієнтація на значимість інших в оцінюванні своїх результатів, учинків і думок, тривога з приводу оцінок, які даються іншим, очікування негативних оцінок.

7. *Низький фізіологічний опір стресу* – особливості психофізіологічної організації, які знижують пристосованість дитини до ситуацій стресогенного характеру, підвищують імовірність неадекватного деструктивного реагування на тривожний фактор середовища.

8. *Проблеми і страхи у відносинах з учителями* – загальний негативний емоційний фон відносин із дорослими в школі, який знижує успішність навчання дитини.

## Список рекомендованой літератури:

1. Абрамова Г. С. Психологическое консультирование / Г. С. Абрамова // Практическая психология. – М., 2001. – С. 186-239.
2. Аюрзанаев О. И. Теория психологического комплекса : Перечитывая Альфреда Адлера / О. И. Аюрзанаев Психология и соционика межличностных отношений. – 2007. – № 9. – С. 27-33.
3. Болотова А. К., Методы диагностики развития личности / А. К. Болотова , И. В. Макарова. // Прикладная психология. – М., 2002. – Ч. 2. – Гл. 4. – С. 226-268.
4. Болотова А. К. // Психологическое консультирование, психотерапия и коррекционная работа в практической психологии / А. К. Болотова, И. В. Макарова // Прикладная психология. – М., 2002. – Ч. 3. – С. 306-364.
5. Буленко Т. В. Діагностика особистості в практичній діяльності психолога. / Т. В. Буленко, М. І. Мушкевич , Р. П. Федоренко – Луцьк, 1996.
6. Васьківська С. В. Психологічний запит клієнта / С. васьківська // Психолог. – 2007. – Січ. (№ 4). – С. 17-18. – (Психологічне консультування).
7. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. – В 2 ч. Ч. 1. А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 54 с.
8. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. – В 2 ч. Ч. 2. А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 127 с.
9. Вознюк О., Психоаналітичні методи корекції негативних психоемоційних станів у школярів / О. Вознюк, Е. Романенко Психолог. – 2007. – Лют. (№ 5). – С. 28-30.
10. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. – 5-е изд., исправ. и доп./ Р. М. Грановская – С. Пб. : Речь, 2003. – 656 с. – (Психологический практикум).
11. Гриценюк Л. Техніка «Я-висловлювання» // Психолог. – 2005. – Лист. (№ 44). – С. 17-20.

12. Гулина М. А. Терапевтическая и консультативная психология. М.А. Гулина – С. Пб. : Речь, 2001. – 111 с. – (Классики и современники психологии).
13. Джордж Р. Консультирование : Теория и практика: / Р. Джордж, Г. Кристиани; пер. с англ; – 4-е междунар. изд. – М. : Эксмо, 2002. – 448 с.– (Искусство консультирования).
14. Диференційна діагностика неврозів : метод. рек. / автори-упоряд. В. В. Кардаш., Н. І. Кардаш. – Луцьк, 2000.
15. Колесник А. Корекційні вправи на розвиток пам'яті та уваги /А. Колесник // Психологічна газета. – 2007. – Берез. (№ 6). – С. 21-27.
16. Комарова Н. М. Особливості консультативної роботи з сім'ями, які виховують біологічно нерідних дітей /Н. М. Комарова // Соціальний працівник. – 2006. – Серп. (№ 15). – С. 14-31.
17. Комінко С. Б., Крайні методи психодіагностики. / С. Б. Комінко, Г. В. Кучер Г.В. – К. : Карт-бланш, 2005.
18. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини : навч. посіб. / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич за ред. І. Я. Коцана.– Луцьк : РВВ „Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
19. Линде Н. Д. Коррекция эмоциональной зависимости с помощью метода эмоционально-образной терапии Н. Д. Линде // Вопросы психологии. – 2007. – № 5.– С. 170-179.
20. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки./ О. С. Лісова – Чернівці: [б. в.]2004. – 233 с.
21. Мазур О. Дитячі страхи : діагностика та корекція / О. Мазур // Психолог. – 2007. – Жовт. (№ 39). – С. 15-18.
22. Миколайчук М. І. Основи психокорекційної допомоги братам та сестрам дітей з психофізичними вадами / М.І. Миколайчук // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 10. – С. 37-41. – Закінчення. Початок див.: 2007. – № 9.



- 23.Минеева О. «Игра в гусей» : Игровая методика в системном консультировании / О. Минеева, Н. Гуськова // Психолог в детском саду. – 2003. – № 1. – С. 59-66.
- 24.Минигалиева М. Р. Психологическое консультирование как процесс взаимопонимания / М. Р. Минигалиева // Психология зрелости и старения. – 2003. – № 1. – С. 5 – 26.
- 25.Мінеєва А. Корекція підвищеної тривожності у дітей / А. Мінеєва // Психологічна газета. – 2007. – Листоп. (№ 22). – С. 2-9.– (Психокорекційні вправи).
- 26.Морозов С. М., Психодіагностика. Тести. Методика та практика застосування / С. М.Морозов, Л. В. Музиченко, А. В.Тімакова – К. : Главник, 2004.
- 27.Мэй Р. Искусство психологического консультирования : Как давать и обретать душевное здоровье / Р. Мэй; пер. с англ. – М. : Апрель Пресс, 2002. – 255 с. – (Искусство консультирования).
- 28.Нельсон Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон, Джоунс – С. Пб. : Питер, 2000. – 450 с.
- 29.Поліщук С. А. Методичний довідник з психодіагностики /С. А. Поліщук – К. : Університ. кн., 2009.
- 30.Профессиональная позиция психолога-консультанта. Профессиональная психологическая помощь и другие возможности получить психологическую поддержку // Журнал практического психолога. – 2006. – № 4. – С. 7-14.
- 31.Профессиональные качества и этические принципы консультанта // Журнал практического психолога. – 2006. – № 4. – С. 27-29.
- 32.Психологическое консультирование // Детский практический психолог. – М., 2001. – С. 37-40.
- 33.Психологическое консультирование и психотерапия. – М. : Вопросы психологии, 2004. – 216 с. – (Б-ка журнала «Вопросы психологии»).
- 34.Рябченко В. Психологічна консультація. Інформація про роботу з очною, заочною та дистанційною формами проведення /В. Рябченко // Психолог. – 2007. – Квіт. (№ 13/15). – С. 71- 73.

- 35.Скребець В. О. Основи психодіагностики/ В. О. Скребець – К. : Слово, 2003.
- 36.Собченко О. М. Вплив психологічних засобів на посттравматичні розлади рятувальників в період реадаптації/ О. М. Собченко; гол. ред. Т. О. Піроженко // Київський міжнародний університет. Вісник. – К., 2006. – С. 148-154. – (Психологічні науки. – Вип. 8).
- 37.Солошенко Д. В. Экстренная психологическая помощь : Консультирование / Д. В. Солошенко / Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 9/10. – С. 17-38.
- 38.Телятникова М. Н. Применение психодрамы для психокоррекционной работы с умственно отсталыми подростками /М. Н. Телятникова // Журн. практ. психолога.– 2006. – № 2. – С. 134-145.
- 39.Терлецька Л. Г. Основи психодіагностики. / Л. Г. Терлецька – К. : Главник, 2006.
- 40.Царенко Л. Наративне консультування як текст/ Л. Царенко // Соціальний педагог. – 2007. – Груд. (№ 12). – С. 8-13.
- 41.Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : Навч. посіб. Модульно-рейтинговий курс. / М. Цимбалюк – 2-ге вид., випр. і доп. – К. : ВД „Професіонал”, 2007. – 544 с.
- 42.Червинская К. Р., Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. / К. Р.Червинская, О. Ю. Щелкова – С. Пб. : Ювента ; М. : Академия, 2002.
- 43.Шмырёва О. И. Психологическая модель преодоления эмоционального неблагополучия в подростковом возрасте / О. И. Шмырёва // Мир психологии. – 2007. – № 1. – С. 240-245.

# ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ I

Додаток 1

Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки

Факультет психології

Кафедра медичної психології та психодіагностики

## ЗВІТ

з виробничої медико-діагностичної практики в клініці

студента (ки) \_\_\_\_\_ групи

---

(Прізвище та ім'я студента (ки))

**Базова установа:**

---

---

**Керівник від базової установи:**

---

---

**Термін практики**

«Допущено до захисту»

**Керівник практики від вузу**

---

Луцьк – 20\_\_\_\_\_

Додаток 2

### **Загальні вимоги до оформлення звітної документації**

*Документи оформляються* акуратно, від руки (за бажанням студента можуть бути надруковані). Мають наскрізну нумерацію сторінок. Папка зі звітними документами повинна мати титульну сторінку, на якій зазначаються прізвище та ім'я студента – практиканта, факультет та група; прізвище керівників від університету та базової установи практики. Кожен окремий документ повинен також починатися з титульної сторінки, на якій зазначаються прізвище та ім'я студента-практиканта, факультет та група, назва документа, час та місце проведення обстеження. Звітна документація обов'язково повинна містити перелік усіх документів практики із зазначеними сторінками.

*У звіті про роботу студенти подають* інформацію про базову установу, характеризують зміст та особливості медико-діагностичної діяльності психолога установи, детально аналізують власну психодіагностичну роботу, висловлюють пропозиції щодо поліпшення організації та проведення практики, вдосконалення теоретичної та практичної підготовки студентів до психологічної діяльності.

У випадку, коли студент проходить практику за угодою з установою, звіт практики може складатися індивідуально з урахуванням угоди на цільову підготовку.

Наприкінці практики керівник від базової установи (клінічний психолог) дає відгук про діагностичну підготовку студента-практиканта, його ставлення до обов'язків, дисциплінованість тощо. У відгуку обов'язково повинна бути зазначена рекомендована оцінка за практику. Відгук підписують керівник практики від базової установи та керівник установи, а також завіряють печаткою установи.

### **Перелік звітної документації**

1. *Звіт про виконану роботу*, який включає: інформацію про базову установу, зміст та особливості психодіагностичної діяльності психолога медичної установи; аналіз власної психодіагностичної роботи; пропозиції щодо поліпшення організації та проведення практики, вдосконалення теоретичної та практичної підготовки студентів до виробничої медико-діагностичної практики в клініці.
2. *Щоденник* виробничої медико-діагностичної практики студента з відгуком психолога установи, висновками й оцінкою методиста.
3. *Копії карток* медико-діагностичного обстеження хворих (не менше 3-х), у яких вказується суть звернення, зміст та методики проведеної діагностичної роботи, психодіагностичне заключення з постановкою психологічного діагнозу, наміченої стратегії можливої подальшої психокорекційної роботи з клієнтом.
4. *Інші матеріали*, що розкривають зміст роботи студента під час практики (індивідуальні доручення, волонтерську діяльність, екскурсії тощо).

### Підсумкова оцінка за практику

Переведення підсумкових семестрових оцінок, виражених у балах за багатобальною шкалою, в оцінки за національною шкалою та шкалою ECTS здійснюється відповідно до наведеної нижче таблиці:

Оцінка в балах	Оцінка за національною шкалою	Оцінка за шкалою ECTS	
		оцінка	пояснення
90 –100	<i>Відмінно</i>	<b>A</b>	<i>відмінне виконання</i>
82 – 89	<i>Добре</i>	<b>B</b>	<i>вище середнього рівня</i>
75 – 81		<b>C</b>	<i>загалом хороша робота</i>
67 – 74	<i>Задовільно</i>	<b>D</b>	<i>непогано</i>
60 – 66		<b>E</b>	<i>виконання відповідає мінімальним критеріям</i>
35 – 59	<i>Незадовільно</i>	<b>Fx</b>	<i>необхідне перекладання</i>
1 – 34		<b>F</b>	<i>необхідне повторне вивчення курсу</i>

Остаточну оцінку виставляють керівники практики за результатами оцінювання матеріалів практики та їх публічного захисту.

**Карта прийому дитини (клієнта, пацієнта)      стаття: \_\_\_\_\_**

1. Ім'я та побатькові пацієнта \_\_\_\_\_

2. Вік пацієнта \_\_\_\_\_ років

3. Освіта \_\_\_\_\_

4. Батьки пацієнта: \_\_\_\_\_

обоє батьків живі \_\_\_\_\_

живий тільки один з батьків \_\_\_\_\_ хто саме \_\_\_\_\_

вік батьків \_\_\_\_\_

обоє батьків померли \_\_\_\_\_

інша сімейна ситуація \_\_\_\_\_

5. Професії батьків:

батько \_\_\_\_\_ освіта \_\_\_\_\_

мати \_\_\_\_\_ освіта \_\_\_\_\_

6. Кількість братів, сестер \_\_\_\_\_ вік \_\_\_\_\_

сіблінгова позиція пацієнта \_\_\_\_\_

7. Сімейна соціограма:

8. Дата первинного звертання \_\_\_\_\_

9. Характеристика фізичного стану:

добре \_\_\_\_\_ середнє \_\_\_\_\_ погане \_\_\_\_\_

Характер сну: *глибокий, поверховий, розлади сну (безсоння, важко засинати, страшні сновидіння).*

10. Загальне уявлення \_\_\_\_\_

11. Стан харчування: нормальний \_\_\_\_\_, дуже добрий \_\_\_\_\_, знижений \_\_\_\_\_

12. Перенесені операції, захворювання, перебування в лікарні:

13. Скарги на даний час про стан здоров'я: \_\_\_\_\_

14. Результати лікування \_\_\_\_\_

15. Сімейний анамнез, захворювання членів сім'ї \_\_\_\_\_

16. Коло спілкування \_\_\_\_\_

17. Характеристика вільного часу (ігри, спорт, книги, ін.): \_\_\_\_\_

**18. Основні риси характеру:**

загальна слабкість, втомлюваність;

- замкнутість; навіюваність;
- неможливість відв'язатись від якоїсь думки чи мелодії; сором'язливість;
- нерішучість, невпевненість;
- вразливість, образливість; нестійкість настрою;
- знижений фон настрою (поганий буває частіше);
- роздратованість, імпульсивність (без втрати контролю над собою)
- роздратованість, імпульсивність із втратою контролю над собою.

19. Короткий зміст скарги пацієнта (що і коли трапилось з ним) \_\_\_\_\_

20. Загальні враження про пацієнта: \_\_\_\_\_

21. Випадок належить до категорії гострих, тих, що потребують негайної допомоги (так, ні).

22. Випадок вимагає додаткових зустрічей (так, ні).

23. Випадок вимагає передачі іншому консультанту (так, ні).

24. Випадок потребує психіатричної діагностики і консультування.

25. Випадок потребує інших видів діагностики (вказати, яких саме).

26. Необхідність запитів у медичні заклади (є, немає).

27. Випадок обговорення на нараді консультантів (так, ні).

Рекомендації консультанту для подальшої роботи \_\_\_\_\_

клієнт переданий (так, ні) консультанту.

28. Подальша робота з клієнтом (результати діагностики):

**Карта прийому пацієнта (хворого)**

стать:

1. Ім'я та по батькові пацієнта \_\_\_\_\_
2. Вік пацієнта \_\_\_\_\_ років
5. Освіта \_\_\_\_\_
4. Професія \_\_\_\_\_
5. Професійна діяльність на даний час \_\_\_\_\_
- 6. Сімейний стан:**  
одружений \_\_\_\_\_ скільки років \_\_\_\_\_  
одинокий, без постійного партнера \_\_\_\_\_  
не в шлюбі, з постійним партнером \_\_\_\_\_  
розлучений \_\_\_\_\_ вдівець \_\_\_\_\_  
другий шлюб \_\_\_\_\_  
одинокий. проживає з батьками \_\_\_\_\_  
Кількість дітей \_\_\_\_\_ від якого шлюбу \_\_\_\_\_
8. Вік дітей \_\_\_\_\_
9. Зв'язок з дітьми (емоційний, матеріальний ін.) \_\_\_\_\_
10. Професія та професійна діяльність партнера \_\_\_\_\_
- 11. Батьки пацієнта:**  
обоє батьків живі \_\_\_\_\_  
живий тільки один з батьків \_\_\_\_\_ хто саме \_\_\_\_\_  
вік батьків \_\_\_\_\_  
обоє батьків померли \_\_\_\_\_  
інша сімейна ситуація \_\_\_\_\_
- 12. Професії батьків:**  
батько \_\_\_\_\_ освіта \_\_\_\_\_  
мати \_\_\_\_\_ освіта \_\_\_\_\_
- 13. Кількість братів, сестер \_\_\_\_\_ вік \_\_\_\_\_**  
сіблінгова позиція пацієнта \_\_\_\_\_
- 14. Сімейна соціограма:**



15. Дата первинного звертання \_\_\_\_\_

**16. Характеристика фізичного стану:**

добре \_\_\_\_\_ середнє \_\_\_\_\_ погане \_\_\_\_\_

Характер сну: *глибокий, поверховий, розлади сну (безсоння важко засинати.*

*страшні сновидіння).*

**17. Загальне уявлення:**

відповідає віку \_\_\_\_\_, виглядає молодше \_\_\_\_\_ передчасне старіння \_\_\_\_\_

**18. Стан харчування:**

нормальний \_\_\_\_\_, дуже добрий \_\_\_\_\_, знижений \_\_\_\_\_

**19. Перенесені операції, захворювання, перебування в лікарні:**

20. Скарги на даний час про стан здоров'я: \_\_\_\_\_

21. Результати лікування \_\_\_\_\_

22. Сімейний анамнез, захворювання членів сім'ї \_\_\_\_\_

**23. Характеристика сексуальності:**

статеве життя з \_\_\_\_\_ років

статева активність на даний час, задоволеність статевими стосунками \_\_\_\_\_

24. Коло спілкування (стосунки з сусідами, знайомими, друзями): \_\_\_\_\_

25. Характеристика вільного часу (спорт, книги і ін.): \_\_\_\_\_

**26. Основні риси характеру:**

загальна слабкість, втомлюваність;

- замкнутість; навіюваність;
- неможливість відв'язатись від якоїсь думки чи мелодії; сором'язливість;
- нерішучість, невпевненість;
- вразливість, образливість; нестійкість настрою;
- знижений фон настрою (поганий буває частіше);
- роздратованість, імпульсивність (без втрати контролю над собою)
- роздратованість, імпульсивність із втратою контролю над собою.

27. Короткий зміст скарги пацієнта (що і коли трапилося з ним) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

28. Загальні враження про пацієнта: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Аналіз скарги:**

29. Суб'єктивний локус скарги

---

---

---

---

30. Об'єктивний локус скарги \_\_\_\_\_

---

---

31. Проблема (суть труднощів пацієнта: „хочу те-то, та не можу...”) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

32. Самодіагноз (як пояснює пацієнт причини труднощів): \_\_\_\_\_

---

---

---

33. Запит (якої допомоги чекає: "навчіть", "порадьте", "вплиньте")

---

---

---

**34. Характер клінічної бесіди:**

- а) загальна емоційна підтримка;
- б) підтримка прийнятого рішення;
- в) аналіз і обговорення життєвої ситуації та життєвої альтернативи;
- г) рекомендації в області сімейних взаємин, взаємин з дітьми, сексуальних стосунків, особистих проблем;
- г) інші рекомендації \_\_\_\_\_;
- д) інші форми (вказати) \_\_\_\_\_.

35. Випадок належить до категорії гострих, тих, що потребують негайної допомоги  
так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_

36. Випадок містить суїцидальну небезпеку: так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_



# ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ ІІІ

Додаток 1

## Таблиця Крепліна

3	4	3	4	4	8	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4

---

## Коректурна таблиця

ЕНЛСВИМХАЕВКСИХМЕИКНАВСКИМХАЕВИКХАСХВН  
 ЕСЛВНЕИКВХСНАВИКЕСКИХСАЕНАСИХКНВКХЕИНА  
 СХКВКАЕСНХСАВИХИЕКСВАЕИКНСХЕАВИХСВКЕН  
 ХЛВИНКВЕКСИЕХАВКНСХАЕИНВКХСЕИКЛАВИКАСНХ  
 ВИХАЕСНЕСКВНЕХИКАСНВХЕКВАЕСНИКХАВИНАСХ  
 ИХНАЕИХЕСВНАЕИХВНСАЕИКХСЕНАСКИХСВНЕВМН  
 КАВХИНВЕАСКХХВНЕИКАВЕСЕХИКАВНСККСИНЕКА  
 ВИХАСВНСКАЕИХННИКАЕХСВНЕИКАВХАСНЕИХСКА  
 ВНЕСИКАСКНВХВИКЕСХЕНАВИКХЕСИНАЕКВХИКСА  
 ВНКЕИХВАСНКЕВНИХАСВАСКЕИНСХАВКНЕИХСКИ  
 ВХАСИКЕИХАВНЕКСНАЕВХХСИКВАЕНСИЖЕКАВНСЕ  
 ИКХАСЕКАВМСИХАВКЕНВХИНАЕИХСНВКЕХАСИКВХ  
 СЕНКАВИСХЕКИНВАЕИКНВХАСННХЕЛВИКХСЕНАВЖ  
 СИКВАЕНСКИХСАЕВИНКАСХВИНЕКЕВХСХАВИКНЕС  
 ХИКАВНХКЕИНАСХВИНАЕИХВСКАЕНССАЕИНВХКНА  
 СЕИХНИКАВХСКЕИНВКЕХАСВХНЕИКСАВКВИХАЕНА  
 ВИКЕНСКВАЕНКСИХАЕАХВСКИНСИХВНАСХЕСИНВА  
 КАСИВЕНЕХЕКЕСВХАЕИНВКАСИХКАВНСХИКНИНАЕ  
 КСХВЕИНСКВХАСЕНИКВСХАВЕКНИХАСНАВИКЕХВА  
 СНХЕКИНВАСХИКАЕНСВЕАХКЕИНХСВКАЕСИХАВНК  
 НИКСЕХВАСНИКЕАВИХСКНХАЕВХАСЕНКВИХКАЕИН  
 СВСХНАВКЕХАСИНВКЕИХАСНИКВЕИХАВНСЕКИНКВ  
 КСАЕНЛВЕСИХАЕВКИСХНКАЕВИКСНХКАИСЛНВЕХИАСКВЕКАСИНВЕ  
 АСКВЕХАСИНВЕКИХСНВКХЛЕИНСВКХЛЕИКВНАСИК  
 ЕВКИХСНКАЕВИКСНХКАИСЛНВЕХИАСКВЕКАСИНВЕ  
 КИХСНВКХАЕИНСВКХАЕИХВНАСИКЕАВНХСКЕВЕКХ  
 СНИВАЕНСХАВИНКЕСХАВИНАСКВЕНИХВСКАИЕХХК  
 СНЕВАСИКЕНВИХАЕСКИВИХАЕИИСХКЕАВХХНСИКА  
 ВИНАЕКВХАСНВКЕСИКАВНКЕСИХАЕНКВИНЕХСИКАВ  
 НХСАВИХНЕСИКВНСХКЛЕИНВСХКАЕИХСНАВХЕСИХ  
 АВНКЕКАСВИНХАЕВКСИХНЕИКНАВСАИНХАЕВИКХЛ  
 СХВНЕССАЕИНВХКНАСЕИХНИКАВХСКЕИНВКЕХАСВ  
 ХНЕИКСАВХАСЕКЕВНСИХАВКЕИВХИНХИСКВАЕНСИ  
 ХЕКАВНСЕИКНКИСХАЕВИНКАСХВИНЕКНХЕАВИКХС  
 СЕНАВХИСКВНЕИКАЕССНХСАВИХНЕКСВЛЕИКНСХЕ  
 ВИХСВКЕНХАВИНКАЕИХСНВКЕХКСИКВХСЕНКАВИХ  
 СКЭИНВАЕКИВНХАСВНВХАСЕКИХАВНЕКСНАЕВХВА  
 СКНСХАВКНЕИХСКИНКЗИХАЕНАВИКЕХНСКВАЕНК

## БЛАНК ДО МЕТОДИКИ "ВИКЛЮЧЕННЯ ПОНЯТЬ"

1. Василь, Федір, Семен, Іванов, Петро.
2. Старезний, маленький, старий, поношений, древній.
3. Швидко, скоро, поступово, поспішно, спішно.
4. Листок, брунька, кора, сук, луска.
5. Троянда, жоржина, бутон, фіалка, тюльпан.
6. Темний, світлий, голубий, яскравий, тьмяний.
7. Гніздо, нора, курятник, сторожка, барлога.
8. Невдача, хвилювання, поразка, провал, крах,
9. Успіх, невдача, вдача, виграш, спокій.
10. Пограбування, крадіж, землетрус, пожежа, напад.
11. Молоко, сир, сметана, сало, кисле молоко.
12. Глибокий, низький, світлий, високий, гіркий.
13. Хата, піч, дим, хлів, будка,
14. Береза, сосна, дуб, ялина, бузок.
15. Голод, холод, дискомфорт, спрага, нажива.
16. Секунда, година, рік, вечір, тиждень.
17. Літак, пароплав, техніка, поїзд, дирижабль.
18. Сміливий, хоробрий, рішучий, злий, відважний.
19. Футбол, волейбол, хокей, плавання, баскетбол.
20. Олівець, ручка, рейсфедер, фломастер, чорнило.

**БЛАНК ДЛЯ МЕТОДИКИ "ВИЯВЛЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ПОНЯТЬ"**

1. Сад (рослини, садівник, собака, паркан, земля).
2. Ріка (берег, риба, рибак, багно, вода).
3. Місто (автомобіль, будова, вулиця, велосипед, стовп).
4. Сарай (сінник, кінь, дах, худоба, стіни).
5. Куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево).
6. Ділення (клас, ділене, олівець, дільник, папір).
7. Перстень (діаметр, діамант, проба, округлість, печатка).
8. Читання (розділ, книга, картина, печать, слово).
9. Газета (правда, додаток, телеграма, папір, редактор).
10. Гра (карта, гравці, штрафи, покарання, правил).
11. Війна (гармати, битва, гвинтівка, солдати, аероплан).
12. Книга (малюнки, війна, папір, кохання, текст).
13. Спів (дзвін, мистецтво, голос, оплески, мелодія).
14. Землетрус (пожежа, смерть, шум, поливання ґрунту, повінь).
15. Бібліотека (місто, книги, лекція, музика, читачі).
16. Ліс (лист, яблуня, мисливець, дерево, вовк).
17. Спорт (медаль, оркестр, змагання, перемога, стадіон).
18. Лікарня (приміщення, сад, доктор, радіо, хворі).
19. Кохання (троянди, почуття, людина, місто, природа).
20. Патріотизм (місто, друзі, батьківщина, сім'я, людина).

## БЛАНК МЕТОДИКИ „ЧИСЛОВІ ЗАКОНОМІРНОСТІ”

Визначте закономірності розміщення кожного ряду і запишіть відповідно до цієї закономірності ще три числа.

1. 2, 3, 4, 5, 6, 7, .....
2. 10, 9, 8, 7, 6, 5, .....
3. 5, 10, 15, 20, 25, .....
4. 6, 9, 12, 15, 18, .....
5. 3, 7, 11, 15, 19, 23, .....
6. 24, 21, 18, 15, 12, 9, .....
7. 1, 2, 4, 8, 16, 32, .....
8. 25, 24, 22, 21, 19, 18, .....
9. 12, 14, 13, 15, 14, 16, .....
10. 16, 12, 15, 11, 14, 10, .....
11. 4, 5, 8, 9, 12, 13, .....
12. 1, 4, 9, 16, 25, 36.....
13. 15, 16, 14, 17, 13, 18, .....
14. 9, 1, 7, 2, 5, 1, .....
15. 2, 12, 4, 11, 6, 10, .....



## Бланк до методики „Складні аналогії”

### *Шифр:*

Вівця – стадо

Малина – ягода

Море – океан

Світло – темрява

Ворог – ворог

1. Переляк – втеча.....1 2 3 4 5 6
2. Фізика – наука ..... 1 2 3 4 5 6
3. Правильне – вірне.....1 2 3 4 5 6
4. Грядка – город.....1 2 3 4 5 6
5. Пара – два ..... 1 2 3 4 5 6
6. Слово – фраза..... 1 2 3 4 5 6
7. Бадьорий – в’ялий..... 1 2 3 4 5 6
8. Свобода – воля ..... 1 2 3 4 5 6
9. Країна – місто ..... 1 2 3 4 5 6
10. Похвала – сварка.....1 2 3 4 5 6
11. Помста – вбивство.....1 2 3 4 5 6
12. Десять – число.....1 2 3 4 5 6
13. Плакати – ридати.....1 2 3 4 5 6
14. Дія – драма.....1 2 3 4 5 6
15. Спокій – дихання.....1 2 3 4 5 6
16. Сміливість – геройство..1 2 3 4 5 6
17. Прохолода – мороз..... 1 2 3 4 5 6
18. Обман – недовіра..... 1 2 3 4 5 6
19. Спів – мистецтво.....1 2 3 4 5 6
20. Тумбочка – шафа.....1 2 3 4 5 6

## Методика «Словесний лабіринт – 2»

К	И	Н	Ш	В	А
У	Т	С	М	С	І
Я	Ч	А	Л	Ф	А
М	И	Ж	К	И	Ь
В	Є	Т	Ю	М	Т
А	П	Р	С	Е	С

Ь	Л	А	П	Р	О
Т	С	І	Б	А	С
Й	А	Н	Ж	О	О
И	Д	П	І	В	І
Н	А	Е	П	И	Р
Ш	Г	Й	К	З	Т

А	Х	Ш	Ю	Б	Є
Р	У	Т	Ф	Є	Ж
Ц	Я	К	Е	Ц	А
І	Ш	П	Т	І	Б
Т	М	І	А	Х	Л
В	І	Є	И	Р	А

Й	И	А	П	Н	Т
Ф	Н	Д	О	Ж	Б
І	Ш	А	Р	Т	А
Н	А	М	О	М	Л
К	А	Р	П	З	Е
В	М	И	І	Р	Б

Й	Д	О	Д	О	Ш
И	А	Р	А	Р	Д
Н	А	В	Ф	І	Ж
В	Р	О	Р	А	Д
І	Д	Ж	Є	Д	Р
Я	В	С	О	Б	О

Я	І	В	Ф	А	Ш
Н	Ц	О	Р	О	Л
Н	А	З	І	Є	Ф
К	У	А	Л	П	Р
В	А	П	І	Б	О
Г	Ш	Л	О	І	М

Р	О	Т	А	З	І
О	Т	А	В	П	Н
Т	П	З	О	С	А
А	В	І	Н	А	Х
З	Є	А	Ш	Х	Е
І	Н	А	Х	Е	М

Й	И	Н	Т	А	Н
И	Ш	Т	О	Л	Р
Н	Т	А	Н	Ж	Е
Т	О	З	Р	Е	Т
А	І	Ф	Я	Т	Н
Н	Р	Е	Т	Н	І

Д	І	В	О	Р	П
А	Л	Ш	Т	Р	О
Ш	Т	О	Л	Л	Б
Т	А	Н	Ж	Д	У
Ф	Я	А	Н	О	Р
Е	К	Н	Г	У	Т

Я	К	Н	А	В	П
Н	Л	Л	Б	Н	І
Н	Ж	Д	У	Е	В
А	О	Л	Л	С	А
В	Н	Ж	Д	У	Л

Й	И	Н	Е	Ч	О
И	Т	Е	К	Е	Л
Н	У	Ч	Т	Б	О
Е	Т	О	Л	О	Б
Ч	А	О	Р	Б	А

Я	Н	Н	А	В	Ю
Н	Т	А	Ш	Р	Л
Н	А	В	Ю	О	Е
А	К	Е	Л	А	Д
В	С	У	Е	Д	О

Ю	І	В	А	Р	Г
---	---	---	---	---	---

О	Л	О	Б	А	З
---	---	---	---	---	---

Ю	Л	Е	Д	О	М
---	---	---	---	---	---

Ключ до методики "Словесний лабіринт - 2"

<u>К</u>	<u>И</u>	<u>Н</u>	Ш	В	А
У	Т	<u>С</u>	М	С	І
Я	Ч	<u>А</u>	<u>Л</u>	Ф	А
М	И	Ж	<u>К</u>	<u>И</u>	Ь
В	Є	Т	Ю	<u>М</u>	Т
А	П	Р	С	<u>Е</u>	<u>С</u>

<u>Ь</u>	Л	А	П	Р	О
<u>Т</u>	<u>С</u>	<u>І</u>	Б	А	С
Й	А	<u>Н</u>	<u>Ж</u>	<u>О</u>	О
И	Д	П	І	<u>В</u>	І
Н	А	Е	П	<u>И</u>	<u>Р</u>
Ш	Г	Й	К	З	<u>Т</u>

<u>А</u>	Х	Ш	Ю	Б	Є
<u>Р</u>	<u>У</u>	<u>Т</u>	Ф	Є	Ж
Ц	Я	<u>К</u>	<u>Е</u>	Ц	А
І	Ш	П	<u>Т</u>	<u>І</u>	Б
Т	М	І	А	<u>Х</u>	Л
В	І	Є	И	<u>Р</u>	<u>А</u>

<u>Й</u>	<u>И</u>	А	П	Н	Т
Ф	<u>Н</u>	<u>Д</u>	О	Ж	Б
І	Ш	<u>А</u>	<u>Р</u>	Т	А
Н	А	М	<u>О</u>	М	Л
К	А	Р	<u>П</u>	<u>З</u>	<u>Е</u>
В	М	И	І	Р	<u>Б</u>

<u>Й</u>	Д	О	Д	О	Ш
<u>И</u>	А	Р	А	Р	Д
<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>В</u>	Ф	І	Ж
В	Р	<u>О</u>	<u>Р</u>	<u>А</u>	Д
І	Д	Ж	Є	<u>Д</u>	Р
Я	В	С	О	<u>Б</u>	<u>О</u>

<u>Я</u>	<u>І</u>	В	Ф	А	Ш
Н	<u>Ц</u>	О	Р	О	Л
Н	<u>А</u>	<u>З</u>	<u>І</u>	Є	Ф
К	У	А	<u>Л</u>	П	Р
В	А	П	<u>І</u>	<u>Б</u>	<u>О</u>
Г	Ш	Л	О	І	<u>М</u>

<u>Р</u>	<u>О</u>	<u>Т</u>	<u>А</u>	<u>З</u>	<u>І</u>
<u>О</u>	Т	<u>А</u>	В	П	<u>Н</u>
<u>Т</u>	П	<u>З</u>	О	С	<u>А</u>
<u>А</u>	В	<u>І</u>	<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>Х</u>
<u>З</u>	Є	А	Ш	<u>Х</u>	<u>Е</u>
<u>І</u>	<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>Х</u>	<u>Е</u>	<u>М</u>

<u>Й</u>	<u>И</u>	<u>Н</u>	<u>Т</u>	<u>А</u>	<u>Н</u>
<u>И</u>	Ш	<u>Т</u>	О	Л	<u>Р</u>
<u>Н</u>	<u>Т</u>	<u>А</u>	<u>Н</u>	Ж	<u>Е</u>
<u>Т</u>	О	З	<u>Р</u>	<u>Е</u>	<u>Т</u>
<u>А</u>	І	Ф	Я	<u>Т</u>	<u>Н</u>
<u>Н</u>	<u>Р</u>	<u>Е</u>	<u>Т</u>	<u>Н</u>	<u>І</u>

<u>Д</u>	<u>І</u>	<u>В</u>	<u>О</u>	<u>Р</u>	<u>П</u>
А	Л	Ш	Т	Р	<u>О</u>
Ш	Т	О	Л	Л	<u>Б</u>
Т	А	Н	Ж	Д	<u>У</u>
Ф	Я	А	Н	О	<u>Р</u>
Е	К	Н	Г	У	<u>Т</u>

<u>Я</u>	К	Н	А	В	П
<u>Н</u>	Л	Л	Б	Н	І
<u>Н</u>	Ж	Д	У	Е	В
<u>А</u>	О	Л	Л	С	А

<u>Й</u>	<u>И</u>	<u>Н</u>	<u>Е</u>	<u>Ч</u>	<u>О</u>
<u>И</u>	Т	<u>Е</u>	К	Е	<u>Л</u>
<u>Н</u>	У	<u>Ч</u>	Т	Б	<u>О</u>
<u>Е</u>	Т	<u>О</u>	<u>Л</u>	<u>О</u>	<u>Б</u>

<u>Я</u>	<u>Н</u>	<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>В</u>	<u>Ю</u>
<u>Н</u>	Т	<u>А</u>	Ш	Р	<u>Л</u>
<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>В</u>	<u>Ю</u>	О	<u>Е</u>
<u>А</u>	К	Е	<u>Л</u>	А	<u>Д</u>

<u>В</u>	Н	Ж	Д	У	Л
<u>Ю</u>	<u>І</u>	<u>В</u>	<u>А</u>	<u>Р</u>	<u>Г</u>

<u>Ч</u>	А	О	Р	<u>Б</u>	<u>А</u>
<u>О</u>	<u>Л</u>	<u>О</u>	<u>Б</u>	<u>А</u>	<u>З</u>

<u>В</u>	С	У	<u>Е</u>	<u>Д</u>	<u>О</u>
<u>Ю</u>	<u>Л</u>	<u>Е</u>	<u>Д</u>	<u>О</u>	<u>М</u>

Додаток 8

Бланк методики «Словесний лабіринт - 1»

1

И	Т	О	П	М	Т
Т	А	В	Р	А	О
П	Н	У	Д	А	Л
В	Т	Ь	Б	С	К
К	О	Е	Ш	Г	О
П	І	И	Н	Ь	Д

2

Й	Р	И	Ш	З	Л
И	У	М	Ч	Ю	Е
Т	Е	Г	Б	З	Ь
С	И	Н	К	И	Т
Г	К	Е	М	О	Р
Р	И	Я	Т	Ь	П

3

Т	А	Р	О	Т	Ь
Н	Е	Г	Ю	Д	К
Е	У	М	И	Т	Ю
М	И	Р	Е	П	С
С	Е	Р	О	Б	К
В	Е	М	Т	А	Е

4

Й	И	Н	Е	Л	А
Р	Е	Н	А	Р	М
Т	О	Л	А	Н	Х
У	К	А	Г	Ю	О
Ю	Ь	С	М	И	Р
У	А	Р	М	И	К

5

В	И	Т	И	Ь	О
А	П	А	М	И	Ь
Е	М	Т	С	Б	Ю
П	Р	Ь	Л	У	К
К	А	П	И	Г	А
Ш	Е	Н	Г	О	Ф

6

И	А	К	А	М	Ь
Т	Г	О	Т	И	Щ
А	В	У	Х	Е	Н
М	И	Т	С	О	Р
А	Р	О	В	У	П
Ц	Е	Р	Б	Е	С

7

Ь	Н	Е	Г	О	Л
Т	О	Л	Г	А	Р
С	І	М	И	Н	О
А	Н	М	Е	Т	М
О	П	И	Р	С	А
Щ	Е	Р	Б	И	С

8

Т	А	І	Р	А	Т
К	Е	Н	Т	А	Е
П	У	Г	И	К	Л
В	А	К	Е	Н	О
Б	Ю	Щ	Е	У	Р
А	М	И	С	У	П

9

Ь	К	Е	Н	Г	О
Т	А	П	И	Ь	Б
С	І	Н	Ь	Л	І
Ш	Е	К	Е	Л	Б
А	В	Т	И	Н	А

10

А	Б	Р	О	К	У
Д	Е	Р	Б	У	Х
А	І	К	С	О	Н
Х	Н	А	Т	Р	А
У	М	И	Г	О	П

Н	О	Г	Е	Б	Л
---	---	---	---	---	---

Н	А	С	У	З	С
---	---	---	---	---	---