

Міністерство охорони здоров'я України
Харківська медична академія післядипломної освіти

Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. В. Чугунов,
В. О. Курило, П. Г. Андрух, Ю. І. Заседа

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
В ЗАГАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ - СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ

Навчальний посібник

2014

ББК 88.4+53.57

УДК 616.1/7-085.851+159.9.072.5

Е 45

«Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти», протокол № 1/11-7879 від 16.08.2010 року.

«Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти», протокол № 3 від 09.06.2010 року.

Рецензенти:

Кришталь Є. В., завідувач кафедри сексології та медичної психології
Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Мишиєв В. Д., завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
МОЗ України, доктор медичних наук, професор

Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Курило В. О., Андрух П. Г., Заседа Ю. І.

Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. – 5-е вид., перероблене та доповнене / За заг. ред. Б. В. Михайлова. – Х. : ХМАПО, 2014. – 328 с.

Посібник присвячений викладенню основних психодіагностичних, психотерапевтичних та психокорекційних процедур в клініці соматичних захворювань. Посібник призначено для сімейних лікарів, лікарів загальної практики, терапевтів, психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів.

Автори:

Михайлов Борис Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, головний психотерапевт та медичний психолог МОЗ України.

Сердюк Олександр Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу у охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Чугунов Вадим Віталійович – доктор медичних наук, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Курило Віталій Олексійович – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Андрух Павло Георгійович – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Васякіна Лілія Олександрівна – доктор медичних наук, лікар-психотерапевт, завідувача терапевтичним відділенням №3 КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» (м. Донецьк).

Андрух Георгій Павлович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Заседа Юрій Ігоревич – кандидат медичних наук, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Саржевський Сергій Никодимович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Вітенко Іван Семенович – кандидат психологічних наук, професор, професор кафедри медичної психології медичного інституту Української асоціації народної медицини.

Романова Ірина Василівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Доброломат Ул'яна Миколаївна – кандидат медичних наук, лікар-психіатр КУОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги імені професора О.І. Мещанінова».

Кудінова Олена Іванівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Підлубний Віталій Леонідович – кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Іщук Вадим Василійович – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу клінічної ендокринології Українського ННЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України.

Столяренко Андрій Миколайович – асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Безсмертний Олександр Володимирович – психолог кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Алієва Тетяна Асифівна – психолог кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Селюкова Тетяна Василівна – психолог кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Гетманчук Євген Іванович – пошукувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Сінча Катерина Анатоліївна – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Мосейко Олексій Валентинович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

ЗМІСТ

Вступ	8
Деякі особливості особистості хворих на соматичні захворювання.....	10
Діагностичні критерії розладів психічної сфери межового рівня, які найбільш часто зустрічаються у загальносоматичній практиці.....	12
Задачі експериментально-психологічного дослідження в клініці соматичних захворювань.....	40
Умови проведення експерименту.....	43
Методики експериментально-психологічного дослідження соматично хворих.....	44
<i>I. Методики оцінки стану хворих з різними формами патології</i>	46
1. Опитувальник ВООЗ «ЯЖ-100».....	46
2. Візуальна аналогова шкала болю (ВАШ).....	49
3. Опитувальник для виявлення ознак вегетативних порушень.....	50
4. Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень.....	51
5. Шкала об'єктивізації стану пацієнта при інсульті (НИН).....	52
6. Шкала спинальної травми (Frankel).....	53
7. Шкала бальної оцінки основних клінічних проявів при паркінсонізм Paravasilion у модифікації Я. І. Левіна.....	54
8. Шкала коми Глазго для дорослих (GCS).....	56
<i>II. Методики дослідження особистості</i>	58
1. Дослідження самооцінки за Дембо (Т. Dembo) – Рубінштейн.....	58
2. Методика незакінчених речень Сакса – Сіднея (J. Saks, S. Sidney) модифікована для соматичних хворих.....	60
3. Особистісний опитувальник Г. Айзенка (H. J. Eysenck), адаптований у СПБНДПНІ ім. В. М. Бехтерева.....	67
4. Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту («ООБІ») для визначення типу відношення до хвороби.....	72
5. Опитувальник О. І. Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби.....	82
6. Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН).....	85

7. Опитувальник визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда (K. Leonhard), модифікований С. Шмішеком.....	87
8. 16-факторний опитувальник Р. Б. Кеттелла (R. B. Cattell).....	96
9. Методика «Q-сортування» В. Стефансона (W. Stephanson).....	120
10. Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (MMPI).....	124
11. Опитувальник подружньої комунікації (Bienvenu).....	157
12. Шкала сексуальності Шел – Папіні (W. E. Shell, D. R. Papini).....	158
III. Методики дослідження психічного статусу.....	160
1. Шкала оцінки стану когнітивних функцій (MMSE).....	160
2. Шкала оцінки позитивних і негативних розладів при шизофренії (PANSS).....	164
3. Шкала імпульсивності Р. Плучека (IS).....	177
4. Шкала викликані ліками акатизії (Burns).....	177
5. Шкала відкритих проявів агресії С. Юдовського (OASCL).....	179
6. Опитувальник діагностики стану агресії Баса – Даркі (A. Buss – A. Darkee).....	179
7. Тест «Руки» Е. Вагнера (Hand Test).....	185
8. Шкала оцінки аномальних мимовільних рухів (AIMS).....	193
9. Шкала оцінки екстрапірамідних симптомів (ESRS).....	195
10. Шкала Сімпсона – Ангуса (Simpson – Angus) для оцінки екстрапірамідних побічних ефектів (SAS).....	197
IV. Методики дослідження емоційно-вольової сфери.....	200
1. Торонтська шкала алекситимії (TAS).....	200
2. Шкала емоційного відгуку А. Меграбяна (BEES).....	202
3. Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (H. J. Eysenck).....	208
4. Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера (C. D. Spielberger), адаптована Ю. Л. Ханіним.....	210
5. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).....	215
6. Шкала тривоги Кові (CAS).....	218

7. Методика вимірювання рівня тривожності Дж. Тейлора (J. Teylor), адаптована Т. А. Немчиновим.....	221
8. Шкала М. Гамільтона (M. Hamilton) для оцінки депресії (HDRS).....	223
9. Шкала депресії А. Бека (A. Beck).....	229
10. Шкала Монтгомери – Асберга (Montgomery – Asberg) для оцінки депресії (MADRS).....	231
11. Шкала В. Цунга (W. Zung) для самооцінки депресії (ZSRDS).....	235
<i>V. Методики дослідження мислення.....</i>	238
1. Виділення суттєвих ознак.....	238
2. Називання 50 слів.....	239
3. Розуміння переносного змісту прислів'я і метафор.....	240
4. Підбір слів-антонімів.....	241
5. Утворення аналогій.....	241
6. Активність вербального і наочно-образного мислення.....	243
7. Асоціативний вільний тест.....	245
8. Асоціативний цепний тест.....	251
9. Асоціативний спрямований експеримент.....	253
<i>VI. Методики дослідження пам'яті.....</i>	255
1. Проба на запам'ятовування 10 слів.....	255
2. Тест «Довгочасна пам'ять».....	256
3. Тест «Об'єм короткочасної пам'яті».....	259
4. Тест «Залежність запам'ятовування від установки особистості».....	261
5. Тест «Осмисленість сприйняття у запам'ятовуванні».....	262
6. Тест «Порівняння процесів ретенції й впізнання».....	262
7. Визначення об'єму короткочасної пам'яті за методом Джекобса.....	265
8. Дослідження мимовільного запам'ятовування та умов його продуктивності.....	266
9. Визначення індексу короткочасної пам'яті.....	267

10. Вимірювання об'єму короткочасної пам'яті методом визначення відсутнього елемента.....	268
11. Дослідження мимовільного й опосередкованого запам'ятовування за О. Р. Лурія та О. М. Леонтьєвим.....	269
12. Методика «Піктограма» (О. Р. Лурія; Б. Г. Херсонський).....	272
VII. Методики дослідження уваги.....	277
1. Методика відрахування.....	277
2. Методика почергового відрахування.....	277
3. Методика рахування за Е. Крепеліном (E. Kraepelin) у модифікації Р. Шульте (R. Schulte).....	278
4. Таблиці оцінки об'єму динамічної уваги Р. Шульте (ST).....	279
5. Коректурна проба Б. Бурдона (B. Bourdon).....	282
6. Коректурна проба А. Г. Іванова-Смоленського.....	285
Додатки.....	287
Додаток А. Питання базового контролю знань.....	287
Додаток Б. Контрольні питання.....	289
Додаток В. Система психотерапії в загальній практиці – сімейній медицині.....	295
Додаток Г. Професійна етика психолога.....	311
Додаток Д. Форма згоди пацієнта на проведення медико-психологічного обстеження.....	315
Список рекомендованої літератури.....	321

ВСТУП

У повсякденній роботі лікар загальної практики – сімейної медицини дуже часто зустрічається з пацієнтами, які мають певні ознаки порушень психічної сфери.

При цьому його головною метою має бути організація надання адекватної медичної допомоги таким хворим як на рівні первинної медико-санітарної допомоги, так і на наступних відповідних рівнях як загальносоматичної, так і спеціалізованої мережі.

Перш за все для цього, лікар загальної практики – сімейної медицини має здійснити першу і абсолютно необхідну частину лікувального процесу – а саме розв’язати діагностичну проблему, пов’язану з розладами психічної сфери у межах своєї компетенції, провести діагностику на синдромологічному рівні і впровадити терапевтичні заходи або скерувати хворого до спеціалізованої ланки. Також він має володіти клінічними критеріями – тобто семіологічною побудовою діагнозу щонайменше до синдромологічного рівня.

Але існують труднощі застосування тільки цього діагностичного підходу для лікаря загальної практики – сімейної медицини для ідентифікації розладів психічної сфери. Це пов’язано з неможливістю набути клінічної кваліфікації цих лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки – у даному випадку психіатричної, і об’єктивних труднощів діагностики цієї дуже складної патології. Тому дуже важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами – а саме, патопсихологічним дослідженням з використанням експериментально-психологічних методик.

Варіанти розладів психічної сфери у хворих, які трапляються у роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини.

1. Гострі психотичні розлади, які супроводжуються ознаками галюцинацій, параноїду, порушень поведінки тощо.

Такі хворі, як правило, не потребують поглиблених діагностичних дій, а мають бути направлені до спеціалізованої психіатричної мережі відповідно до «Закону України про психіатричну допомогу».

2. Межові розлади психічної сфери непсихотичного рівня.

Вони, в свою чергу, підрозділяються на:

2.1. Межові розлади психічної сфери, які за клінічними проявами імітують, або дуже подібні до соматичних захворювань, тобто невротичні та соматоформні розлади.

2.2. Межові розлади психічної сфери у хворих на дійсні соматичні захворювання, тобто коморбідні стани.

У посібнику дається характеристика основних, доступних психологічних тестів, застосування яких валідно при соматичній патології, розбираються особливості особистості соматичних хворих, розглядаються можливості застосування психологічних методів дослідження в загальносоматичній клініці.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Більшість хворих, що страждають на хронічні соматичні захворювання, виявляють невротичні порушення того чи іншого ступеня виразності.

Тим часом, при всьому розмаїтті клінічних проявів психоемоційних неспсихотичних розладів у хворих з різними соматичними захворюваннями, проведене нами багаторічне клініко-психопатологічне й анамнестичне дослідження соматичних хворих дозволило згрупувати ці розлади в три основні групи.

1). Соматогенний астеничний симптомокомплекс, що з'являється як наслідок нейротоксичного і психотравмуючого впливу соматичного захворювання;

2). Гострі невротичні і афективні розлади, що виникають у соматичних хворих в результаті перенесених психотравм;

3). Невротичні і афективні розлади, на фоні яких розвилось соматичне захворювання.

4). Депресивні розлади.

Дослідження системи відносин особистості у хворих із соматогенним астеничним симптомокомплексом показує превалювання порушень у сфері відносини до майбутнього, статевого життя, виробничих відносин, рідше – у сфері відносин до родини.

Слід зазначити, що діагностика нервово-психічних розладів у хронічних хворих являє собою досить важку задачу, вимагає багато часу для кропіткого розпиту і вивчення нервово-психічного статусу.

У звичайній практиці лікаря загальної практики нюанси психіки цих хворих не завжди вдається встановити. Хворі терапевтичної клініки найчастіше не прагнуть звертати увагу лікарів на зміни в нервово-психічній сфері. Вони ніяк не хочуть, щоб їх рахували хворими «нервовими», а тим більше зі змінами з боку психіки.

Наприклад, сховану депресію чисто клінічно буває дуже важко розпізнати навіть досвідченому лікарю-психіатру.

Внаслідок перерахованих труднощів при вивченні стану психічної сфери у соматично хворих велику цінність здобувають психологічні та експериментально-психологічні методики.

У процесі експериментально-психологічного дослідження лікар може представити «внутрішню картину хвороби» пацієнта і тим самим встановити, наскільки досліджуваній представляє своє захворювання.

Вплив будь-якого хронічного захворювання на соціальний статус хворого, його положення в суспільстві, коло інтересів, рівень домагань приводить до ламання звичного способу життя і діяльності, необхідності формування нового життєвого стереотипу.

Самооцінка хворими впливу захворювання на їхній соціальний статус є істотною частиною «внутрішньої картини хвороби», а відповідно і важливим додатком до психотерапевтичного впливу на хворого в процесі його реабілітації.

Психологічне дослідження вивчає єдину особистість, але в різних ситуаціях під впливом різних факторів. Знання системи цінностей хворого, тобто того, що він втратив у процесі хвороби, що і чим можна замінити, на які цінності переорієнтуватися, які його перспективи, допомагає «лікувати не тільки тіло, але і душу».

Особистість виявляється завжди багатосторонньо. Вона по-різному виступає з усіма її особливостями в різних психічних процесах, зі своїми можливостями, озброєністю знаннями, навичками, звичками в різних ситуаціях і обставинах. Саме, характеризуючи особистість з різних сторін, у різних ситуаціях і обставинах, при рішенні різних задач, дослідник одержує можливість представити її як складну єдність.

Виходячи з зазначених представлень визначаються й основні задачі експериментально-психологічного дослідження соматичних хворих і вибір адекватних їм методик.

**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ
МЕЖОВОГО РІВНЯ, ЯКІ НАЙБІЛЬШ ЧАСТО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ
У ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД (F32)

Клінічні діагностичні критерії:

а) пригнічений настрій, відповідно до суб'єктивної оцінки й об'єктивного спостереження, може бути характерне добове коливання (більш обтяжений настрій після пробудження, ранком);

б) виражене зниження зацікавленості або втрата задоволення від виконання усіх або майже усіх видів діяльності, помітна для навколишніх апатія;

в) стомлюваність або занепад сил;

г) зниження розумової працездатності і концентрації уваги, нерішучість;

д) почуття власної марності, необґрунтовані ідеї винності (які можуть досягати маячного характеру);

е) значна анорексія або підвищений апетит, втрата маси тіла або її підвищення (більше 5,0 % за 4 тижні), не пов'язані з дієтою;

ж) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, або підвищена сонливість;

з) уповільнення реакцій або психомоторна ажитація;

й) повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану, планування самогубства, суїцидальні спроби.

Диференціація між легким, помірним і важким ступенем депресивного епізоду ґрунтується на клінічній оцінці типу, важкості і кількості присутніх симптомів. Важкість епізоду допомагає визначити ступінь порушення діяльності в професійному плані, в області звичайної соціальної активності і у взаємовідносинах з іншими людьми (соціальна продуктивність через індивідуальні соціальні і культуральні впливи не є основним критерієм ваги).

Легкий депресивний епізод (F32.0) характеризується зниженим настроєм велику частину дня, відповідно до суб'єктивної оцінки (відчуття зневіри,

суму, смутку, пустоти) і об'єктивного спостереження (слізливість), зниженням інтересу до навколишнього і відчуттів задоволення, підвищена стомлюваність не менше двох тижнів. Повинні бути присутнім ще не менше двох симптомів з інших, описаних у клініко-діагностичних критеріях депресивного епізоду. Всі ці симптоми не досягають глибокого ступеня виразності у хворих; утруднена, але не припиняється звичайна соціальна активність і трудова діяльність. Хворі визначають стан, як такий, що відрізняється якісно від норми і розцінюють наявний стан як хворобливий, за медичною допомогою звертаються не завжди. Легкий депресивний епізод зустрічається в двох варіантах:

а) без соматичних симптомів (F32.00) – задовольняються критерії легкого депресивного розладу, можуть бути присутніми 2 – 3 соматичні симптоми, що не визначають клінічної картини хвороби;

б) із соматичними симптомами (F32.01) – характерні всі критерії легкого депресивного епізоду, повинні бути присутніми 4 і більше соматичні симптоми або 2 – 3 досить важких:

1) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, або підвищена сонливість;

2) стомлюваність або занепад сил;

3) зниження або підвищення апетиту, втрата маси тіла або її підвищення (більше 5,0 % за 4 тижні), не зв'язані з дієтою;

4) зниження інтересу до сексуальної функції;

5) запори, сухість у роті;

6) головний біль і болі в різних частинах тіла;

7) скарги на роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, сечостатевої, опорно-рухової систем.

Помірний депресивний епізод (F32.1) характеризується наявністю ряду симптомів, що досягають різного ступеня важкості і відзначаються щодня більшу частину дня протягом 2 тижнів і більше:

а) пригнічений настрій, відповідно до суб'єктивної оцінки й об'єктивного спостереження, може бути характерне добове коливання (більш обтяжений настрій після пробудження, ранком);

б) виражене зниження зацікавленості або втрата задоволення від виконання усіх або майже усіх видів діяльності, помітна для навколишніх апатія;

в) стомлюваність або занепад сил;

г) зниження розумової працездатності і концентрації уваги, нерішучість;

д) почуття власної марності, необґрунтовані ідеї винності (які можуть досягати маячного характеру);

е) значна анорексія або підвищений апетит, втрата маси тіла або її підвищення (більше 5,0 % за 4 тижні), не пов'язані з дієтою;

ж) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, або підвищена сонливість;

з) уповільнення реакцій або психомоторна ажитація;

й) повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану, планування самогубства, суїцидальні спроби.

Диференціація між легким, помірним і важким ступенем депресивного епізоду ґрунтується на клінічній оцінці типу, важкості і кількості присутніх симптомів.

Важкість епізоду допомагає визначити ступінь порушення діяльності в професійному плані, в галузі звичайної соціальної активності і у взаємовідносинах з іншими людьми (соціальна продуктивність через індивідуальні соціальні і культуральні впливи не є основним критерієм важкості). Характеризується пригніченим настроєм більшу частину дня, відповідно до суб'єктивної оцінки (відчуття туги, безнадійності, розпачу, пустоти) тяжче з ранку і об'єктивному спостереженні (песимізм, апатія, уникання спілкування), значним зниженням інтересу до навколишнього і відчуття задоволення, занепадом сил протягом двох і більше тижнів. Повинні бути присутніми ще не менше двох з інших симптомів, описаних у клініко-діагностичних крите-

ріях депресивного епізоду. Всі ці симптоми досягають середнього ступеня виразності, значно порушуються звичайна соціальна активність і трудова діяльність. Найвні депресивні розлади пацієнтами розцінюються як хворобливі. Помірний депресивний епізод зустрічається в двох варіантах:

а) без соматичних симптомів (F32.10) – виконуються критерії помірного депресивного епізоду, присутні, але не обов'язково 1 – 2 соматичні симптоми;

б) із соматичними симптомами (F32.11) – відповідає критеріям помірного депресивного епізоду, присутні 4 і більш соматичні симптоми (або 2 – 3 досить важких, що впливають на клінічну картину захворювання):

1) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більш годин раніше, ніж звичайно, причому з важким «переживанням» проблем після пробудження;

2) значна анорексія або втрата маси тіла (на 5,0 % і більш за місяць);

3) запор, сухість у роті, тахікардія, підвищена пітливість тощо;

4) повне зникнення лібідо, порушення менструальної функції;

5) постійний головний біль і болі в різних частинах тіла;

б) скарги на роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, сечостатевої, опорно-рухової систем.

Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2) характеризується повним порушенням повсякденної життєдіяльності внаслідок важкого депресивного розладу, критики до стану у хворого немає:

а) пригнічений настрій у вигляді емоційного болю, який набуває риси фізичного страждання, протягом усього дня, особливо в ранкові години, після пробудження;

б) повна втрата інтересу до раніше значущого навколишнього середовища і відчуття задоволення, помітна для оточення апатія;

в) повний занепад сил;

г) виражена психомоторна загальмованість або збудження;

д) почуття власної марності, необґрунтовані ідеї винності (які можуть досягати маячного характеру);

е) повна анорексія, втрата маси тіла (більше 5,0 % за 4 тижні), не зв'язані з дієтою;

ж) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, із болісним переживанням проблем і самобичуванням;

с) постійно повторювані суїцидальні думки, плани або спроби покінчити із собою.

Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами (F32.3) характеризується критеріями, що відповідають важкому депресивному епізоду, а також включає психотичні симптоми у вигляді голотимного (вміст якого відповідає афекту) маячення, можуть спостерігатися обумовлені депресією слухові, зорові, і (рідко) тактильні і нюхові галюцинації. Маячення звичайно параноїдне, самознищення і гріховності, відношення і переслідування, провини, іпохондричне (у тому числі і нігілістичне), руйнування. У типовому випадку хворий вважає себе «найбільшим грішником усіх часів», і стверджує, що «за злочини» повинний піддатися найбільш жорстоким покаранням.

Психологічні діагностичні критерії:

а) шкала депресії Гамільтона містить 24 пункти, кожний із яких оцінюється в діапазоні від 0 до 4 або від 0 до 2, з максимальним діапазоном від 0 до 76. Шкала ґрунтується на клінічній бесіді, лікар оцінює відповіді про почуття провини, особливостях сну, суїциди й інші клінічні прояви, що спостерігаються при депресії;

б) для первинного відбору застосовуються шкали самооцінки: шкала Цунга (містить 20 пунктів, кожний із яких мав 4-х бальну оцінку) за якою можна оцінити емоційні, психологічні і соматичні ознаки депресії, шкала Бека;

в) тест Роршаха – характерно тривалий латентний час відповіді на запропоновані таблиці, знижена кількість відповідей на поліхромні таблиці;

г) тематичний апперцептивний тест – відповіді короткі, стереотипні, переважно описові;

д) ММРІ – високі показники за шкалою депресії.

РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД (F33)

Клінічні, патопсихологічні методи дослідження – відмінності в динаміці перебігу ті ж, що в попередніх рубриках.

ХРОНІЧНІ (АФЕКТИВНІ) РОЗЛАДИ НАСТРОЮ (F34)

Циклотимія (F34.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) зниження настрою з покращенням у вечірні часи;
- 2) пригніченість;
- 3) зменшення енергійності;
- 4) зниження працездатності;
- 5) мала ступінь психічної і моторної загальмованості;
- 6) внутрішнє невдоволення і роздратованість;
- 7) невмотивована ворожість до близьких, друзів, знайомих;
- 8) порушення сну.

Патопсихологічні діагностичні критерії: зниження уваги, пам'яті, фіксаційна амнезія.

Дистимія (F34.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) зниження енергійності і активності;
- 2) почуття безнадійності;
- 3) ангедонія;
- 4) звинувачення долі, обставин, а не себе;
- 5) є свідомість хвороби;
- 6) повільний розвиток, перебіг більше 2-х років;
- 7) втрата лібідо.

Патопсихологічні діагностичні критерії: відзначається зниження уваги, пам'яті, субдепресивні ознаки.

НЕВРОТИЧНІ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ (F40 – 48)

ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ (F40)

Агорафобія (F40.0)

– без панічного розладу (F40.00)

Клінічні діагностичні критерії:

1) страх перебування в таких ситуаціях: натовп, громадські місця, установи, поїздки наодинці, віддалення від помешкання;

2) наявність вегетативних симптомів: серцебиття, тремор, сухість у роті, пітливість;

3) тривога конкретно ситуаційно обмежена;

– з панічним розладом (F40.01)

Клінічні діагностичні критерії ті ж самі, що і у пунктах 1 – 3, а також:

4) уникання фобічних ситуацій аж до зміни життєвого стилю;

5) панічні атаки з порушенням дихання, серцебиттям, пітливістю, тремтінням, парестезіями, приливами жару або холоду, дискомфортом у грудній клітині, страхом смерті, страхом збожеволіти.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) наявність невротизуючого інтрапсихічного конфлікту:

2) підвищений рівень тривожності;

3) відповідні преморбідні особистісні радикали.

Соціальні фобії (F40.1)

Клінічні діагностичні критерії:

1) фобії конкретні (страх публічних виступів, страх їжі на людях, тощо);

2) страхи концентруються на оточуючих;

3) уникнення психотравмуючих ситуацій аж до повної соціальної ізоляції;

- 4) зниження самооцінки і страх критики;
- 5) вегетативні прояви – почервоніння, тремор рук, нудота, позиви до сечовипускання.

Патопсихологічні діагностичні критерії, такі ж, як у агорафобії (F40.0).

Специфічні ізольовані фобії (F40.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) стійкий страх відносно однієї або декількох конкретних ситуацій тенденція їх уникання;
- 2) зниження повсякденної активності;
- 3) вегетативні симптоми.

Патопсихологічні діагностичні критерії, такі ж, як у агорафобії (F40.0).

ІНШІ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ (F41)

Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) (F41.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) ситуативно не обумовлене виникнення тривоги;
- 2) серцебиття, біль у грудях, відчуття задухи, тремор, сухість у роті, запаморочення, почуття нереальності;
- 3) вторинний страх смерті, або божевілля;
- 4) тривалість – кілька хвилин;
- 5) між атаками практично немає афективних розладів.

Патопсихологічні діагностичні критерії: наявність афективної нестабільності, підвищення рівня реактивної тривожності та особистісної тривоги.

Генералізований тривожний розлад (F41.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) тривожність і занепокоєння про майбутнє;

- 2) тривалість не менше 6 місяців;
- 3) перебільшена настороженість;
- 4) запаморочення, слабкість;
- 5) дратівливість;
- 6) вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання);
- 7) внутрішня напруга (тремтіння, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль);
- 8) порушення сну.

Патопсихологічні діагностичні критерії: наявність афективної нестабільності, підвищення рівня реактивної тривожності та особистісної тривоги.

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) сполучення симптомів тривоги і депресії;
- 2) вегетативні симптоми.

ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД (F42)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність нав'язливих думок або дій щонайменше на протязі 2 тижнів;
- 2) стійкість стереотипних думок, потягів суб'єктивно неприємних для хворого;
- 3) розуміння, що ці явища є власними;
- 4) безуспішні спроби ігнорування або нейтралізації думок;
- 5) нав'язливі думки і дії порушують соціальну активність хворого;
- 6) вегетативні симптоми;

Переважаю нав'язливі думки або міркування (F42.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність нав'язливих думок на протязі 2 тижнів і більше;
- 2) нав'язливі думки і дії є джерелом дистресу і порушення активності;
- 3) стійкі думки, ідеї, міркування, що суб'єктивно сприймаються як нав'язливі та безглузді;
4) тяжкість сприйняття думок, внаслідок агресивності, непристойності, або безглуздості;
- 5) розуміння, що ці думки є власними;
- 6) незалежно від змісту думок, неприємність їх для хворого незалежність від їх захисту;
- 7) ігнорування або нейтралізація думок неможливі;

Переважаю компульсивні дії (F42.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) потяги до компульсивних дій інтенсивно заповнюють свідомість хворих;
- 2) нав'язливі дії мають стереотипний вигляд і здійснюються за певними правилами;
- 3) зберігається розуміння неадекватності і нерозумності поведінки;
- 4) нав'язливі дії заважають професійній діяльності та соціальній активності хворого і суб'єктивно неприємні;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність підвищеного рівня тривожності;
- 2) особистісні радикали психастеноїдного або тривожного типів.

Змішані obsесивні думки та дії (F42.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) сполучення нав'язливих думок і дій;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) підвищений рівень тривожності;
- 2) особистісні радикали психастеноїдного або тривожного типів.

РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ (F43)

Гостра реакція на стрес (F43.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність незвичайного емоційно-стресорного фактору;
- 2) швидкий початок безпосередньо після стресорної події;
- 3) ініціальний стан оглушення; звужений об'єм уваги, тривога, гнів, відчай, безпосередність, надмірне горе;
- 4) присутність вегетативних симптомів;
- 5) часткова амнезія епізоду.
- 6) швидке припинення після усунення стресових обставин;

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність «конфліктогенної» зони в мікро- або макросоціальному оточенні:

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність стресової події катастрофічного рівня;
- 2) нав'язливі спогади (ремінісценції) про подію, у тому числі раптові (флешбеки), нав'язливі сновидіння;
- 3) уникнення обставин, які асоціюються із стресорною подією;
- 4) емоційна відчуженість, зникнення соціальної активності;
- 5) гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними спогадами про стресорну подію;
- 6) вегетативні розлади;
- 7) початок від 2 до 6 місяців після стресорної події.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають гострій реакції на стрес (F43.0).

Розлади адаптації (F43.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) розвиток протягом 1 місяця після стресової події або зміни в житті;
- 2) зв'язок симптоматики зі стресовою подією;
- 3) тривалість рідко більше 6 місяців.
- 4) короткочасна депресивна реакція – транзиторний легкий депресивний стан не триваліше 1 місяця (F43.20);
- 5) пролонгована депресивна реакція – легкий депресивний стан тривалістю не більше 2 років (F43.21);
- 6) змішана тривожна і депресивна реакція – сполучення чітких тривожних і депресивних симптомів (F43.22);
- 7) з переважанням емоційних порушень (F43.23);
- 8) з переважанням порушень поведінки (F43.24);
- 9) змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25);
- 10) інші реакції на важкий стрес (F43.8);
- 11) реакція на важкий стрес, не уточнена (F43.9).

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F43.0.

ДИСОЦІАТИВНІ (КОНВЕРСІЙНІ) РОЗЛАДИ (F44)

Загальні критерії.

1. Відсутність відповідного соматичного ураження.
2. Зв'язок із психогенними факторами.

Дисоціативна амнезія (F44.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) тотальна або вибіркова амнезія що до психотравмуючої ситуації;
- 3) збережена спроможність до сприйняття нової інформації;

- 4) суб'єктивна усвідомленість розладів пам'яті;
- 5) ундулюючий обсяг амнезії.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) зниження рівня свідомого контролю;
- 2) емоційна дезорганізація.

Дисоціативна fuga (F44.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) раптова, несподівана втеча з помешкання, з роботи, громадського закладу тощо;
- 3) подорож із зовнішньо цілеспрямованою поведінкою;
- 4) порушення самоусвідомлення і амнезія колишнього життя;
- 5) тотальна або парціальна амнезія епізоду.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F44.0.

Дисоціативний ступор (F44.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 1) гостра психічна і рухова загальмованість до ступеню повної нерухомості;
- 3) відсутність соматичного або неврологічного захворювання.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Транси і стани оволодіння (F44.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) втрата особистісної аутоідентифікації;
- 3) не повне усвідомлення навколишнього середовища або оточення;
- 4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F44.0.

Дисоціативні розлади моторики (F44.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) втрата спроможності до руху кінцівок до ступеню парезу або плегії, найчастіше за моно- або паратипом;
- 3) координаторно-атактичні порушення;
- 4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F44.0.

Дисоціативні судоми (F44.5)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) у хворого виникають спастичні рухи, які імітують розгорнуті епілептичні судоми;
- 3) відсутня втрата свідомості, прикус язика, мимовільне сечовиділення;
- 4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання;

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F44.0.

Дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприйняття (F44.6)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) зони шкірної анестезії мають межі, що відображають уявлення хворого, а не дійсну іннервацію;
- 3) втрата гостроти зору, його загальної неясності або звуження поля зорового сприйняття, рідше розлади слуху і нюху;
- 4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання;

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F44.0.

Інші дисоціативні (конверсійні) розлади (F44.8)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) невпевнена орієнтація у дійсності, порушення зв'язку із зовнішнім світом;
- 3) зосередженість на вузькому, ізольованому колі уявлень;
- 4) синдром Ганзера
- 5) полярність емоційного стану;
- 6) можуть виникати галюцинації, переважно зорові, сценоподібні, жахливого характеру (характерно для синдрому Ганзера);
- 7) перебільшено безглузді відповіді на звичайні питання (мимоговоріння та неправильні дії) (характерно для синдрому Ганзера);
- 8) тривалість від декількох днів до тижня (характерно для синдрому Ганзера);
- 9) амнезія періоду сутінкового стану свідомості (характерно для синдрому Ганзера);
- 10) спостерігається більш, ніж один стан особистості (характерно для розладу множинної особистості);
- 11) значне зниження або селективне фокусування спроможності відповідати на зовнішні подразники.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F44.0.

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ (F45)

Соматизований розлад (F45.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність протягом не менше 2 років безпідставних множинних соматичних скарг;
- 2) наявність безпідставних ідей про існування важких соматичних захворювань;

3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;

4) відсутність даних про відповідне морфофункціональне органічне системне порушення;

5) певний ступінь демонстративної поведінки;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) наявність психогенно-конфліктогенної ситуації;

2) емоційна нестійкість.

Іпохондричний розлад (F45.2)

Клінічні діагностичні критерії:

1) безпідставні ідеї про існування важкого соматичного захворювання;

2) безпідставні варіабельні соматичні скарги;

3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;

4) звичайні відчуття інтерпретуються хворим як докази патологічного процесу;

5) гіпотимний емоційний фон;

6) самостійне формулювання діагнозу.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) психогенно-конфліктогенні ситуації;

2) емоційна нестабільність.

Соматоформна вегетативна дисфункція (F45.3)

Клінічні діагностичні критерії:

1) суб'єктивні скарги стосуються певного органа або системи;

2) вегетативні симптоми, такі як серцебиття, пітливість, сухість у роті, тремор, почервоніння мають хронічний характер;

3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;

4) наявність психоемоційного стресорного фактору;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) психогенно-конфліктогенні ситуації;

2) емоційна нестабільність.

Діагноз може бути уточнений п'ятим знаком в залежності від скарг, які вказують на певний орган чи систему:

– **соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцево-судинної системи (F45.30);**

– **соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (F45.31);**

– **соматоформна вегетативна дисфункція нижнього відділу шлунково-кишкового тракту (F45.32);**

– **соматоформна вегетативна дисфункція дихальної системи (F45.33);**

– **соматоформна вегетативна дисфункція сечовивідної системи (F45.34);**

– **соматоформна вегетативна дисфункція інших органів та систем (F45.38);**

Хронічний соматичний больовий розлад (F45.4)

Клінічні діагностичні критерії:

1) скарги на безпідставний жорстокий біль у якійсь частині тіла;

2) вегетативні симптоми, такі як серцебиття, пітливість, сухість у роті, тремор, почервоніння мають хронічний характер;

3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;

4) наявність психоемоційного стресорного фактору;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) психогенно-конфліктогенні ситуації;
- 2) емоційна нестабільність.

ІНШІ НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ (F48)

Неврастенія (F48.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) постійна слабкість, підвищена стомлюваність і виснаження після мінімальних зусиль;
- 2) дратівливість;
- 3) головний біль;
- 4) м'язовий біль;
- 5) запаморочення;
- 6) порушення сну;
- 7) вегетативні розлади.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) психогенно-конфліктогенні ситуації;
- 2) емоційна нестабільність.

Синдром деперсоналізації-дереалізації невротичної (F48.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) симптоми деперсоналізації;
- 2) симптоми дереалізації;
- 3) збереження критичного відношення;
- 4) відсутність порушень свідомості.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність високого рівня виснаженості за гіперстенічним типом.

Інші специфічні невротичні розлади (F48.8)

Клінічні діагностичні критерії:

1) клінічні прояви цього розладу носять специфічний характер і пов'язані з етнічно-культуральними особливостями.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу:

ПОВЕДІНКОВІ СИНДРОМИ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ТА ФІЗИЧНИМИ ФАКТОРАМИ (F50 – 59)

РОЗЛАДИ ПРИЙОМУ ЇЖИ (F50)

Нервова анорексія (F50.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) надцінна ідея надлишкової маси тіла;
- 2) страх перед появою надлишкової маси тіла;
- 3) відмова приймати їжу у звичайних умовах;
- 4) штучні дієти;
- 5) штучне визивання блювоти;
- 6) прийом проносних і діуретиків;
- 7) надмірні фізичні вправи;
- 8) зниження лібідо;
- 9) гіпотимний емоційний стан;
- 10) початкові кахектичні ознаки, змінювання метаболізму;

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

Нервова булімія (F50.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) компульсивний потяг до їжі, постійні думки про неї;
- 2) неможливість утриматися від переїдання;

- 3) намагання боротися з надмірною вагою за допомогою:
- 3.1) блювоти;
 - 3.2) проносних засобів;
 - 3.3) періодів навмисного голодування;
 - 3.4) засобів, які зменшують апетит, тиреоїдних препаратів, діуретиків, кофеїнових похідних, тощо;
 - 3.5) фізичні навантаження;
- 4) побоювання надмірної ваги;
- 5) відчуття провини, самозвинувачення;
- 6) збереження сексуальної активності, лібідо.

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

Переїдання (F50.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) пов'язаність з емоційно-стресорним фактором;
- 2) психологічна обумовленість харчової залежності.
- 3) прояви афективних розладів – тривога, занепокоєння, дратівливість, гіпотімія;

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

Блювота, що поєднується з іншими психологічними порушеннями (F50.5)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) пов'язаність з емоційно-стресорним фактором;
- 3) відсутність нудоти;
- 4) збережений або навіть підвищений апетит;

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

РОЗЛАД СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ (F51)

Безсоння неорганічної природи (F51.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) утрудненість засинання;
- 2) поверховий, чуйний, тривожний сон;
- 3) незадовільність якістю сну;
- 4) почуття напруженості, тривоги перед сном;
- 5) порушення сну відзначається мінімум три рази на тиждень протягом 1 місяця;
- 6) розлад сну перешкоджає соціальному і професійному функціонуванню.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру;
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

Сноходіння (сомнамбулізм) (F51.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) хворий піднімається з ліжка і ходить не прокидаючись;
- 2) неможливість контакту з хворим;
- 3) амнезія епізоду після пробудження;
- 4) ризик травматизму;
- 5) найчастіше у дитячому і підлітковому віці;
- 6) відсутні дані про органічні ураження мозку.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру;
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

Страхи під час сну (нічні страхи) (F51.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) прокидання у панічному стані;
- 2) дезорієнтування та персеверації;
- 3) психомоторне збудження;
- 4) спроби заспокоїти посилюють страх;
- 5) спогади амнезуються при пробудженні;
- 6) ризик травмування;
- 7) вегетативна гіперактивність;
- 8) відсутні соматично-неврологічні розлади.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру;
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

Кошмари (F51.5)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) сновидіння сценічно-подібні, деталізовані, за змістом містять погрожу-ючі життю, безпеці соціального престижу хворого;
- 2) сюжети сновидінь, які часто повторюються;
- 3) ознаки вегетативної лабільності;
- 5) нормальний рівень свідомості і орієнтування після пробудження;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру;
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ, НЕ ОБУМОВЛЕНІ ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ АБО ХВОРОБАМИ (F52)

Загальні критерії:

1. Неспроможність статевого акту за суб'єктивним бажанням.
2. Нестабільність статевої дисфункції.
3. Перебіг 6 місяців і більше.
4. Дисфункція не є внаслідок психічного або соматичного захворювання.

Відсутність або втрата статевого потягу (F52.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) відсутність статевого потягу;
- 3) тривога;
- 4) зниження рівня статевої активності;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Сексуальна відрaza і відсутність сексуального задоволення (F52.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) страх перед статевим актом;
- 3) тривога;
- 4) бажання ухилитися від статевої активності, фізична ворожість до партнера;
- 5) вегетативні розлади;
- 6) відсутність порушень сечостатевої системи;

7) порушення соціальної, міжособистісної або сімейної адаптації;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Відсутність генітальної реакції (F52.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) еректильна дисфункція у чоловіків, відсутність lubricації у жінок;
- 3) наявність психогенного чинника;
- 4) ослаблення сексуально-поведінкового компоненту;
- 5) фізіологічний компонент збережений, але ослаблена психічна складова;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Оргазмічна дисфункція (F52.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) ситуаційно-психогенне походження;
- 3) у чоловіків еякуляція при статевому акті досягається з великими зусиллями або не досягається взагалі, у жінок оргазми спостерігаються тільки в певних умовах.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Передчасна еякуляція (F52.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) неспроможність затримувати еякуляцію на час, потрібний для досягнення партнером оргазму;
- 3) може наступати перед введенням статевого члена в піхву;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Вагінізм неорганічної природи (F52.6)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) спастична реакція м'язів піхви при спробі статевого акту;
- 3) сексуальна травма в анамнезі;
- 4) частіше страждають жінки з високим рівнем освіти та соціального стану, або із суворим релігійним вихованням, відповідно до якого секс вважається гріхом;
- 5) з емоційно неприємним статевим партнером;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);

2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Диспарейя неорганічної природи (F52.6)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 1) біль під час статевого акту;
- 2) немає ознак вагінізму;
- 3) обтяжений сексологічний анамнез (зґвалтування, інцест тощо);

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин;
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру

Підвищений статевий потяг (F52.7)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) у чоловіків – сатіріазіс:
 - 1.1) ювенільна гіперсексуальність;
 - 1.2) після ситуаційно змушеної статевої помірності;
 - 1.3) особливості статевої конституції.
- 2) у жінок – німфоманія:
 - 2.1) ситуаційно обумовлена;
 - 2.2) як ознака особистісної акцентуації
 - 2.3) особливості статевої конституції.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин;
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

ПСИХІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ПІСЛЯПОЛОГОВИМ ПЕРІОДОМ, ЩО НЕ КЛАСИФІКУЮТЬСЯ В ІНШИХ РОЗДІЛАХ (F53)

Легкі психічні і поведінкові розлади, пов'язані із післяпологовим періодом, що не класифікуються в інших розділах (F53.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) ажитований розпач;
- 2) фрагментарне марення захворювання дитини, особливого відношення або переслідування;

3) компульсивні дії, спроби втечі.

4) тривожно-гужливий настрій, безпідставні страхи;

5) дисомнічні розлади;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) зниження рівня загальної розумової працездатності внаслідок виражених проявів – методики дослідження рівня продуктивності пізнавальних процесів;

2) підвищена реактивність у сфері мікросоціальних відносин.

Важкі психічні і поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом і не кваліфіковані в інших розділах (F53.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) потьмарення свідомості з порушення орієнтування у часі, місті, своєї особистості;

2) психомоторне звуження;

3) інкогерентність мислення;

4) розгубленість;

5) марення;

6) амнезія психотичного епізоду.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність феномену емоційної дезорганізації діяльності.

ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ, ЩО НЕ СПРИЧИНЯЮТЬ ЗАЛЕЖНОСТІ (F55)

Загальні критерії:

1. Безпідставне вживання речовин.

Зловживання антидепресантами (F55.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) безпідставне вживання речовин;
- 2) відсутність медичних показань для застосування цих препаратів;
- 3) вегетативні порушення;
- 4) переконаність у неможливості скасування препарату;
- 5) астеничні прояви;
- 6) тривале вживання;
- 7) незважаючи на певну шкоду для фізичного і соціального функціонування організму і усвідомлення цього.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність зниженого рівня успішності особистісного або психосоціального функціонування.

ЗАДАЧІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В КЛІНІЦІ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Експериментально-психологічне дослідження дозволяє виявити особистісні особливості в структурі нервово-психічних розладів у хворих на соматичні захворювання, встановити психологічний аспект порушень механізмів компенсації, оцінити особистість хворого і систему його значущих відносин.

Використовується воно і для одержання додаткових даних про захворювання, а також для діагностики, характеристики плинності і визначення результату захворювання.

Експериментально-психологічне дослідження в ряді випадків може мати також велике значення для розпізнавання захворювань. Дані його при діагностичних утрудненнях нерідко є істотним моментом у тій системі клінічних факторів, що повинна бути основою диференційно-діагностичного висновку.

Якщо клініцист не випустить з уваги задачу уловити у своєму дослідженні дійсно всі зміни в психіці хворого, обумовлені хворобою, він не може не підкріпити свої клінічні спостереження експериментально-психологічним дослідженням психічних процесів.

Говорячи про діагностичне значення матеріалів, які одержують при психологічному дослідженні, ми неминує зіштовхуємося з питанням про їхню специфічність.

Вони, як і матеріали клініко-психопатологічного дослідження, здобувають специфічність лише в складній системі клінічних факторів.

Ретельно проведене психологічне дослідження нерідко виявляє справжню і відкидає вдавану характерність деяких з отриманих матеріалів.

У експериментально-психологічному дослідженні можливо варіювати, змінювати певною мірою умови, у яких протікає діяльність. Змінюючи умови, можливо досліджувати їхній вплив на цю діяльність, на особистість у цілому. Експеримент можна повторювати, переконуючись, завдяки цьому, у стійкості одержуваних результатів.

В експерименті досягається можливість об'єктивної реєстрації отриманих результатів, що дуже цінно, особливо при повторних дослідженнях, де необхідно точно і послідовно співставляти дані, отримані в різні періоди хвороби і лікування.

Експериментально-психологічне дослідження повинно ставити перед собою задачу не тільки розкрити і піддати аналізу порушення психіки, але й одночасно визначити, де це необхідно, рівень збереження психіки.

Найважливішим для інтерпретації даних про стан окремих сторін психічної діяльності і можливості компенсації виявлених порушень, і особливо в зв'язку з задачами реабілітації, є визначення рівня збереження особистості хворого і структури його змін.

У цьому плані можуть бути виділені кілька аспектів дослідження.

Першорядна роль належить оцінці змін емоційно-вольової сфери і, звичайно тісно зв'язаних з ними, динамічних і якісних особливостей особистості, що виявляються в ступені її гармонійності, активності.

Експериментально-психологічні методи використовуються в клініці також для поглибленого аналізу психічних процесів і причин, механізмів їхніх змін. Наприклад, на підставі клінічного спостереження можна встановити наявність у хворого психотравми, але тільки психологічне дослідження допоможе встановити які її причини, чи маються зміни інтра- і інтерперсонального характеру, який прогноз виходу з невротичного стану, чи маються зміни інших психічних сфер.

Зрозуміло, можливості експериментального дослідження, в силу його структурованості, твердої регламентації процедури як власне дослідження, так і обробки отриманих результатів, у багатьох відносинах більш обмежені, ніж можливості клінічного спостереження і бесід із хворими. Але, з іншого боку, експериментальне дослідження має такі можливості, які при звичайному клінічному дослідженні відсутні. Експериментально-психологічні методи дозволяють піддати розгляду й аналізу форми діяльності хворого, які поза

експериментом лікар не має можливості спостерігати, а тим більше вивчати, але які можуть істотно характеризувати психіку хворого.

Звичайно, як саме дослідження, так і аналіз матеріалів і складання висновку в більшій мірі визначаються особистісними завданнями, які ставить перед собою дослідник: допомога в діагностиці, оцінка стану хворого, виявлення динаміки синдрому, патогенетичні питання.

Певною мірою результати експериментально-психологічного дослідження можуть бути корисними і для вибору тактики наступної психотерапевтичної корекції, тому що характеризують особливості контакту з хворим, його відношення до ситуації експерименту, ступінь розуміння ролі власних помилок у виникненні конфліктних ситуацій, які сприяли розвитку невротичного стану, інтерес до спільного обговорення його проблем.

Варто вказати, що і сам по собі психологічний експеримент може мати психотерапевтичне значення. Так при повторному дослідженні хворих з депресивними станами, лікар змінюючи завдання формує у пацієнта відчуття, що він може вирішувати поставлені перед ним задачі, робить йому емоційну підтримку і коригує знижений рівень домагань.

Особливо зростає психотерапевтичне значення експериментально-психологічного дослідження при повторенні його в процесі лікування. Встановлення кореляції між поліпшенням самопочуття хворого, позитивними зрушеннями «внутрішньої картини хвороби» і покращеним показниками психічної діяльності, які об'єктивно реєструються, сприяє підвищенню психічного тону хворих і впевненості у видужанні.

Зрозуміло, це вимагає особливої психотерапевтичної побудови експериментів, що методично відрізняється від дослідження, проведеного в діагностично-експертних цілях.

Однак, у будь-якому випадку психологічний експеримент повинний бути таким, що щадить, тому що хворі без грубих розладів мислення оцінюють дослідження як перевірку їхніх інтелектуальних можливостей, і це не може їх не хвилювати.

УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТУ

Проводити психологічне дослідження повинний кваліфікований фахівець: психолог, лікар, що пройшов підготовку з медичної психології. Якщо в процесі психологічного дослідження використовуються прості стандартні опитувальники і не потрібний глибокий аналіз поведінки обслідуваного в процесі експерименту, проведення опитування може бути доручено спеціально підготовленому середньому медичному працівнику.

Перед дослідженням експериментатор повинний встановити безпосередній контакт із хворим, настроювати його до себе. Звичайно бесіду починають з уточнення паспортних даних: прізвища, імені, по батькові обслідуваного, його віку, професії, походження. Цікавляться чи живі батьки, з'ясовують наявність братів, сестер, яким дитиною в родині народився хворий, розпитують його про родину, дітей.

Під час такої бесіди експериментатор може зробити висновки про відношення обслідуваного до дослідження, чи охоче хворий вступає в контакт, наскільки він вільний у реакціях, розкутий чи навпроти напружений, збуджений, гіперактивний, чи маються виражені емоційні прояви: сльози, сміх, чи навпроти, чи відзначається емоційна невиразність, чи виражені вегетативні реакції.

Після збору необхідних анамнестичних даних варто дати інструкцію щодо наступного експерименту. Як правило, інструкція дається усно, однак при проведенні деяких досліджень інструкція може бути пред'явлена й у письмовій формі. Перед початком дослідження експериментатор повинний бути твердо впевнений у тому, що обслідуваний зрозумів інструкцію.

Для більшої вірогідності відповідей і досягнення достатньої мотивації, обслідуваного попереджають, що результати дослідження нікому, крім лікаря, не будуть відомі і допоможуть у лікуванні.

Обробка результатів психологічного дослідження повинна проводитися строго відповідно до інструкції із застосування даного методу дослідження. Після обробки результатів проводиться їхня інтерпретація з урахуванням за-

вдань, поставлених експериментатором, і складається висновок експериментально-психологічного дослідження.

Зверніть увагу!

Використання психодіагностичних методик неспеціалістами може привести до недостовірних результатів і нанести пряму чи непряму шкоду досліджуваному.

МЕТОДИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТИЧНО ХВОРИХ

При виборі комплексу методик, які можуть бути використані для дослідження соматичних хворих, повинні бути враховані наступні принципи:

1. Відносна простота використовуваних методик;
2. Швидкість їхнього проведення;
3. Повнота вивчення досліджуваного явища;
4. Взаємна доповнюваність використовуваних методик;
5. Висока сумарна валідність;
6. Достатня чутливість до зміни явищ, які спостерігаються, у здорових і хворих, а також до зміни показників протягом лікування.

Безумовно головною задачею експериментально-психологічного дослідження соматичних хворих є вивчення їх «внутрішньої картини хвороби», її гносеологічного й емоційного компонентів.

Причому, якщо перший являє собою особистий висновок хворого, продукт його логічної переробки інформації про хворобу, отриманої з різних джерел, то другий – виявляється емоційними реакціями страху і тривоги.

Звідси випливає необхідність вивчення і власне відносини до хвороби, і самооцінки хворими значущості впливу захворювання на їхній соціальний статус, а також стан емоційної сфери хворих, його зміни у процесі захворювання.

Для вивчення оцінки хворими свого самопочуття, активності і настрою ми рекомендуємо використовувати **тест диференціальної самооцінки фун-**

кціонального стану (САН), побудований на принципах полярних профілів Осгуд Ч. (Доскін В. А. та ін., 1975), для визначення рівня тривожності, як властивості психіки і стану хворих – **шкалу особистісної і реактивної тривожності Спілбергера (Spielberger C. D.)**, адаптовану Ханіним Ю. Л. (1978), для визначення рівня нейротизму, а також показників екстра- та інтраверсії – **особистісний опитувальник Айзенка (Eysenck H. J., 1964)**.

Для визначення особливостей реагування хворих на захворювання ми рекомендуємо **особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту – «ООБІ»** (Лічко А. Є., 1983; Васерман Л. І. та ін., 1987) у сполученні з розробленим нами **опитувальником для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби** (Сердюк О. І., 1994).

З огляду на те, що для вибору тактики психотерапевтичної корекції і реабілітації соматичних хворих істотно значення має якісна характеристика психотравмуючих ситуацій, які призвели до виникнення невротичних станів, ми рекомендуємо використовувати адаптовану у ЛНДПНІ ім. В. М. Бехтерєва **методику незакінчених речень Сакс – Сіднея (Sacks J. M., Sidney S.)**, модифіковану нами для соматичних хворих.

Оскільки в результаті тривалого соматичного захворювання, як правило відзначається астенізація особистості, що знаходить вираження в зміні психічних процесів, і зокрема – активної уваги, ми рекомендуємо використовувати для якісної і кількісної оцінки працездатності (виснажливості і стомлюваності) хворих **методику рахунку за Крепеліном (Kraepelin E.) у модифікації Шульте (Schulte R.)**.

Зазначені методики не тільки відповідають наведеним вище вимогам, але і при дворазовому використанні (до і після лікування) зручні для об'єктивізації ефективності психотерапії.

Всі експериментально-психологічні методики за простотою застосування, обробки даних і їх інтерпретації можна розподілити на дві групи: скринінгові методи та методи поглибленого дослідження.

I. МЕТОДИКИ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ПАТОЛОГІЇ

1. ОПИТУВАЛЬНИК ВООЗ «ЯЖ-100»

Більшість авторів виділяють суб'єктивні й об'єктивні критерії якості життя (ЯЖ). До об'єктивних критеріїв прийнято відносити фізичну активність і трудову реабілітацію. Суб'єктивні показники ЯЖ відображають емоційний статус, задоволеність життям і самопочуття хворих.

У різних областях соматичної медицини широке поширення одержали такі методики оцінки ЯЖ, як шкала Карновського, індекс благополуччя Кемпбелла, сходи Кентрила, Ноттингемський профіль здоров'я, профіль впливу хвороби, індекс Бартела й індекс загального психологічного благополуччя. Але найбільшою популярністю у дослідників користуються підходи ВООЗ, пропонувані для оцінки ЯЖ, – опитувальник «ЯЖ-100» і шкала «SF-36».

Структура «SF-36» включає наступні шкали: фізичне функціонування (ФФ); рольову фізичну шкалу (РФ), що характеризує фізичну здібність людини брати участь у різних сторонах життя; фізичний біль (ФБ); здоров'я в цілому (ЗЦ); життєву енергію (ЖЕ); соціальне функціонування (СФ); рольову емоційну шкалу (РЕ), тобто емоційну суб'єктивну оцінку здатності брати участь у різних сторонах життя; психічне здоров'я (ПС).

Шкала ФФ характеризує діапазон посиленої фізичної активності, РФ – вплив фізичного стану на оцінку ролі в житті, шкала ФБ відображує ступінь наявності болочого синдрому і його вплив на звичайну діяльність хворого, шкала «здоров'я в цілому» дозволяє судити про загальний стан пацієнта. Шкала СФ відображує ступінь обмежень у соціальному житті, РЕ дозволяє судити про вплив емоційного стану на усвідомлення ролі пацієнта в житті, і нарешті, шкала ПЗ оцінює тривогу, депресію, зниження емоційного і поведінкового контролю. П'ять шкал (ФФ, РФ, ФБ, СФ, РЕ) виявляють «обмеження» чи «нездійсненність», вони припускають оцінку респондентами свого стану в балах (від 1 до 100). Відповідно, чим менше обмежень, що відносять-

ся до кожної шкали, тим вище показник, оцінюючий ту чи іншу сторону життя пацієнта.

Підхід ВООЗ, запропонований для оцінки ЯЖ, являє собою опитувальник («ЯЖ-100») для самостійного заповнення. Його питання стосуються сприйняття індивідом різних аспектів свого життя. Цей метод є універсальним і дозволяє порівнювати ЯЖ різних популяцій, що належать до різних культур. Цей опитувальник відображає суб'єктивну оцінку благополуччя респондентів і їхню задоволеність умовами життя.

Опитувальник має модульну структуру, де центральний модуль відповідає загальним для всіх людей аспектам ЯЖ. Специфічні ж модулі застосовуються для оцінки ЯЖ хворих, що страждають визначеними хворобами чи живуть в особливих обставинах. За допомогою цього опитувальника здійснюється оцінка шести великих аспектів (сфер) ЯЖ. В середині кожного з них виділяється трохи складових – більш вузьких і конкретних аспектів життя, зв'язаних зі станом здоров'я індивіда і терапевтичних втручань (табл. 1).

На жаль, у літературі до сьогоденного дня відсутні дані, що доводять надійність, обґрунтованість і чутливість більшості з перерахованих методик. Крім того, багато які з них розроблені в дослідницьких цілях і можуть виявитися складними для використання в клінічній практиці. З цієї причини жоден з існуючих підходів до оцінки ЯЖ не можна впевнено рекомендувати як кращий. Можна припустити, що найкращому відображенню ЯЖ пацієнтів буде сприяти сукупне використання різних методик і шкал.

Що стосується психіатрії, то в цій області медицини лікарі вже давно використовували такі поняття, як неспроможність, дефект, збиток, соціальна схоронність, задоволеність, соціальна підтримка і т.п. Був розроблений ряд інструментів для виміру цих аспектів, хоча вони і не називалися інструментами для вивчення ЯЖ.

Структура опитувальника ВООЗ «ЯЖ-100»

Сфера (S)	Субсфера (F)
<i>I. Фізична</i>	1. Фізичний біль і дискомфорт 2. Життєва активність, енергія і втома 3. Сон і відпочинок
<i>II. Психологічна</i>	4. Позитивні емоції 5. Мислення, навченість, пам'ять і концентрація (пізнавальні функції) 6. Самооцінка 7. Образ тіла і зовнішність 8. Негативні емоції 9. Рухливість
<i>III. Рівень незалежності</i>	10. Здатність виконувати повсякденні справи 11. Залежність від лік і лікування 12. Здатність до виконання роботи
<i>IV. Соціальні взаємовідношення</i>	13. Особисті відносини 14. Практична соціальна підтримка 15. Сексуальна активність
<i>V. Навколишнє середовище</i>	16. Фізична безпека і захищеність 17. Домашня обстановка 18. Фінансові ресурси 19. Медична і соціальна допомога (доступність і якість) 20. Можливості придбання нової інформації і навичок 21. Можливості відпочинку і розваг і їх використання 22. Навколишнє середовище (забруднення / шум / клімат / привабливість) 23. Транспорт
<i>VI. Духовна</i>	24. Духовність / релігія / особисті переконання

2. ВІЗУАЛЬНА АНАЛОГОВА ШКАЛА БОЛЮ

За цим методом на відрізку прямої 10 см. (рис. 1) хворий відображає інтенсивність болю. Початок лінії зліва відповідає відсутності больового сприйняття, кінець відрізка справа – непереносимість болю.

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I

Рисунок 1. – Візуальна аналогова шкала болю

Міжнародна асоціація з вивчення болю дає таке визначення: «Біль – це неприємне відчуття і емоційне випробування, пов'язане з наявним або потенційним пошкодженням».

Залежно від локалізації ушкодження, біль може бути розділеним:

- на соматичний поверхневий (у разі пошкодження шкірних покривів);
- соматичний глибокий (при пошкодженні кістково-м'язової системи);
- вісцеральний (при пошкодженні внутрішніх органів).

За тимчасовими параметрами виділяють:

- гострий біль;
- хронічний біль.

Гострий біль – це новий, недавній біль, нерозривно пов'язаний із викликаним його пошкодженням, він, як правило, є симптомом якого-небудь захворювання. Такий біль зникає при усуненні пошкодження.

Хронічний біль часто набуває статусу самостійної хвороби, триває довгий період часу навіть після усунення причини, що викликали гострий біль. У ряді випадків причина хронічної болю взагалі може не визначатися.

Фізіологічний біль – як захисна реакція організму, сигналізує про пошкодуючі впливи чи про розвиток патологічних змін в тканинах і викликає захисні адаптивні реакції, спрямовані на усунення факторів.

Патологічний біль – має дезадаптивне або патогенетичне значення для організму, він сам викликає порушення діяльності і пошкодження органів і систем.

3. ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ОЗНАК ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

(заповнюється пацієнтом – підкреслити «так» або «ні» і потрібне слово в тексті)

№	Ознака	Так	Бали	Ні
1.	Відзначаєте Ви при будь-якому хвилюванні схильність до почервоніння обличчя, збліднення обличчя (потрібне підкреслити)	так	3	ні
2.	Буває у Вас оніміння або похолодання: – пальців кистей, стоп – в цілому кистей, стоп	так так	3 4	ні ні
3.	Буває у Вас зміна забарвлення (збліднення, почервоніння, синюшність) пальців кистей, стоп; в цілому кистей, стоп (потрібне підкреслити)	так	5	ні
4.	Відзначаєте Ви підвищену пітливість, постійну чи при хвилюванні (потрібне підкреслити)	так	4	ні
5.	Бувають у Вас серцебиття, почуття «замирання», «зупинки серця»	так	7	ні
6.	Бувають у Вас часто почуття утруднення при диханні, почуття нестачі повітря, прискорене дихання: при хвилюванні, в душному приміщенні (потрібне підкреслити)	так	7	ні
7.	Характерно для Вас порушення функції шлунково-кишкового тракту: схильність до проносів, запорів, «здуття» живота, болям	так	6	ні
8.	Бувають у Вас непритомність або почуття майбутньої непритомності: при хвилюванні, в душному приміщенні, при тривалому перебуванні в вертикальному положенні (потрібне підкреслити)	так	7	ні
9.	Буває у Вас нападopodobний головний біль: дифузний або тільки половина голови, «вся голова», стискаючий або пульсуючий (потрібне підкреслити)	так	7	ні
10.	Відзначаєте Ви в теперішній час зниження працездатності, швидку втому	так	5	ні
11.	Відзначаєте Ви порушення сну: утрудненість засинання, поверхневий неглибокий сон з частими пробудженнями, почуття невиспаності, втоми при пробудженні вранці	так	5	ні

Сума балів вище 15 свідчить про високу ймовірність наявності синдрому вегетативної дисфункції.

4. СХЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ

ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ОЗНАК ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

(заповнюється лікарем)

№	Ознака	Так	Бали	Ні
1.	Характеристика зміни забарвлення і стану шкірних покривів: А) судинне намисто (плямиста гіперемія на обличчі, шиї та грудях при зовнішньому огляді); В) забарвлення кистей, стоп змінено: бліді, гіперемовані, ціанотичні (акроціанос), мармурові (потрібне підкреслити).	так	5	ні
2.	Оцінка дермографізму, що виникає на передній поверхні грудної клітки: стійкий, понад 10 хвилин (червоний, рожевий, білий, що височіє)	так	4	ні
3.	Оцінка ступеню пітливості: А) локальне підвищення пітливості (виражена вологість долонів, стоп, пахвових западин або будь-якої іншої частини тіла); В) генералізована пітливість (підвищена дифузна вологість всіх перерахованих вище областей, а також шкірних покривів: в цілому, а також шкірних покривів в цілому – області грудей, спини, живота)	так	4	ні
4.	Наявність змін температури: А) субфебрилітет (постійне підвищення температури у межах 37 – 38°C); В) підйоми температури, що виникають раптово при відсутності соматичних захворювань	так	6 7	ні ні
5.	Наявність погіршення самопочуття при зміні погоди	так	4	ні
6.	Наявність поганої переносимості холоду, жару, духоти	так	4	ні
7.	Лабільність АТ (вказані в анамнезі при дворазовому вимірі): на початку та при закінченні огляду	так	8	ні
8.	Лабільність серцевого ритму (коливання пульсу на початку та при закінченні огляду 10 ударів за хвилину)	так	8	ні
9.	Наявність гіпервентиляційного синдрому (порушення глибини та частоти дихання, почуття нестачі повітря)	так	8	ні
10.	Порушення функції ШКТ (при відсутності органічної патології)	так	5	ні
11.	Наявність вегетативних кризів, мігрені, схильності до непритомності	так	5	ні
12.	Наявність підвищеної тривожності, гнівливості, нестриманості, почуття занепокоєння, страху, різких змін настрою, астенії	так	7	ні
13.	Підвищена нервово-м'язова збудливість: симптом Хвостека, схильність до м'язових спазмів (карпопедальні судоми, зведення пальців кистей, стоп, рук «акушера», нога «балерини», крампи (потрібне підкреслити)	так	6	ні

Сума балів вище 25 свідчить про високу ймовірність наявності синдрому вегетативної дисфункції.

5. ШКАЛА ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ СТАНУ ПАЦІЄНТА ПРИ ІНСУЛЬТІ

При ішемічному інсульті стан на початку лікування, динаміка процесу об'єктивізується за декількома шкалами, основною з яких вважається шкала об'єктивізації стану пацієнта при інсульті – NIH (табл. 2). За даною шкалою відсутність змін складає 0 балів, смерть хворого – 55 балів.

Таблиця 2

Шкала об'єктивізації стану пацієнта при інсульті

Показники	Характеристика	Оцінка в балах
1	2	3
Рівень неспання	Не змінений	0
	Оглушення	1
	Сопор	2
	Кома	3
Відповіді на питання	Адекватні	0
	Не повністю адекватні	1
	Не адекватні	2
Виконання інструкцій	Виконання всіх	0
	Часткове виконання	1
	Неправильне виконання	2
Агнозія	Відсутня	0
	Зорова, тактильна або слухова агнозія по гемітипу	1
	Агнозія більше однієї ознаки	2
Парез погляду	Відсутній	0
	Обмеження погляду	1
	Одночасне відведення очей	2
Поля зору	Збережені	0
	Часткова геміанопсія	1
	Повна геміанопсія	2
Парез лицьової мускулатури	Немає	0
	Легкий	1
	Частковий	2
	Повний	3
Рухи в руці	Немає парезу	0
	Парез	1
	Плегія	2

1	2	3
Рухи в нозі	Немає парезу Парез Плегія	0 1 2
Підошвені рефлекси	Нормальні Сумнівні Екстензорний Двосторонні	0 1 2 3
Атаксія кінцівок	Немає В руці або нозі В руці і нозі	0 1 2
Чутливість	Не порушена Гіпестезія Анестезія	0 1 2
Дизартрія	Немає Помірна Анартрія	0 1 2
Афазія	Немає Помірна Змішана Тотальна	0 1 2 3
Зміни в порівнянні з попереднім оглядом	Відсутні Поліпшення Погіршення	0* Л Г
Зміни в порівнянні з першим оглядом	Відсутні Поліпшення Погіршення	0 Л Г
*Л – поліпшення, Г – погіршення, О – відсутні		

6. ШКАЛА СПИНАЛЬНОЇ ТРАВМИ (Frankel)

Функціональний клас	Критерії стану хворого
Група А	Відсутня чутливість і рухи нижче рівня травми
Група В	Неповне порушення чутливості нижче рівня травми, рухи відсутні
Група С	Неповне порушення чутливості нижче рівня травми, є слабкі рухи
Група D	Неповне порушення чутливості нижче рівня травми, м'язова сила достатня для ходьби зі сторонньою допомогою
Група Е	Ні чутливих і рухових порушень

7. ШКАЛА БАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ОСНОВНИХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ПАРКІНСОНІЗМІ

(Paravasilou, 1982 в модифікації Я. І. Левіна, 1991)

ТРЕМОР:

- 0 – відсутній
- 1 – легкий або рідко виникаючий
- 2 – середній за амплітудою, але не постійний
- 3 – середній, що спостерігається більшу частину часу
- 4 – значний за амплітудою і майже постійний

РИГІДНІСТЬ:

- 0 – відсутня
- 1 – легка або така, що визначається тільки при провокації
- 2 – від помірної до середньої
- 3 – значна, але зі збереженням можливості без зусиль здійснювати рухи в повному обсязі
- 4 – тяжка, повний об'єм рухів досягається із зусиллям

БРАДІКІНЕЗІЯ:

- 0 – відсутня
- 1 – мінімальна сповільненість рухів
- 2 – легка ступінь сповільненості і мізерності рухів
- 3 – помірна сповільненість рухів з періодичними утрудненнями при їх початку і зупинці поточного руху
- 4 – значна сповільненість і мізерність рухів з частими застиганнями і тривалим латентним періодом перед початком руху

ПОРУШЕННЯ ХОДИ:

- 0 – нормальна хода і співдружні рухи
- 1 – легка сповільненість або ригідність однієї або обох ніг при ходьбі. Хода сповільнена з маленькими шажками, можливе шаркання, але прискорення ходи і ретропульсія відсутні

2 – прискорення ходи, ретропульсії, хода дуже утруднена, з частими прискореннями, маленькими шажками, застиганням

3 – тяжке порушення ходи. Хода можлива тільки зі сторонньою допомогою.

4 – повна неможливість ходи, навіть зі сторонньою допомогою.

ПОСТУРАЛЬНА СТІЙКІСТЬ:

0 – нормальна

1 – ретропульсії з можливістю самостійного відновлення

2 – відсутність нормальної постуральної реакції; хворий може впасти якщо його не підтримати

3 – значна нестійкість, тенденція до спонтанного падіння в позі Ромберга

4 – неможливість стояння без сторонньої допомоги

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ:

А) – не ускладнюють соціальну адаптацію: зниження маси тіла, запори, пітливість, сіалорея, себорейя, посилене виділення вушної сіри, ангідроз;

Б) – ускладнюють соціальну адаптацію: порушення сечовипускання, ортостатична гіпотензія

0 – відсутні

1 – наявність від одного до трьох не ускладнюючих соціальну адаптацію ознак

2 – наявність більше трьох ускладнюючих соціальну адаптацію ознак

3 – наявність однієї ускладнюючої соціальну адаптацію ознаки в поєднанні з ускладнюючими адаптацію ознаками

4 – наявність двох ускладнюючих адаптацію ознак

ПОРУШЕННЯ МОВИ:

0 – відсутні

1 – мова порушена, але це не заважає вербальним контактам пацієнта

2 – вербальні контакти різко ускладнені або неможливі без застосування препаратів

ПОРУШЕННЯ ПОЧЕРКУ:

0 – відсутні

1 – почерк змінений, уповільнений, але можливо написання тексту будь-якої тривалості

2 – почерк змінений грубіше, але можливо написання більш 10 слів

3 – почерк змінений грубо, можливо написання лише 1 – 2 слів

4 – письмо неможливе

8. ШКАЛА КОМИ ГЛАЗГО ДЛЯ ДОРОСЛИХ (GCS)

Бали	Відкривання очей	Рухова відповідь	Вербальна відповідь
6		Виконує команди	
5		Локалізує біль	Повністю орієнтований
4	Спонтанне	Нормальне згинання	Відповідає реченнями
3	На мовну команду	Патологічне згинання	Говорить окремими словами
2	На больовий стимул	Розгинання	Вимовляє звуки
1	Не відкриває	Немає рухів	Немає вербальної реакції

Сумарна оцінка в балах:

15 – ясна свідомість; 13 – 14 – оглушення; 9 – 12 – сопор; 4 – 8 – кома; 3 – смерть мозку.

Перед тем, як оцінювати рівень свідомості за GCS, необхідно переконатися, що хворий не знаходиться під дією седативних препаратів, алкоголю і м'язових релаксантів. У випадку набряку м'яких тканин провести оцінку параметрів – відкривання очей неможливе.

При перевірці вербальної відповіді слід враховувати, що якщо хворий афотичний, слід зафіксувати найкращу відповідь, але необхідно пам'ятати, що в даному випадку кількість балів за GCS неточна.

Рухова відповідь – найбільш важливий з трьох параметрів. При його оцінці зараховуються рухи в руках, при цьому зараховується найкраща рухова відповідь. Рухова відповідь з паретичної руки не зараховується. У хворих з пошкодженням верхнього шийного відділу спинного мозку або стволу мозку оцінюється реакція м'язів обличчя або рухів очей.

Відповідність суми балів за шкалою коми Глазго традиційним термінам порушення свідомості і ступеню тяжкості загального стану хворого відображено в табл. 3.

Таблиця 3

Відповідність суми балів за шкалою коми Глазго

Сумарна оцінка за GCS в балах	Ступінь тяжкості	Традиційний термін	Ступінь тяжкості загального стану хворого
15	легкий	ясна свідомість	добрий
13 – 14		оглушення	помірної важкості
9 – 12	середній	сопор	тяжкий
4 – 8		кома	критичний
3	тяжкий	смерть мозку	термінальний

Шкала коми Глазго (ШКГ, The Glasgow Coma Scale, GCS) – шкала для оцінки ступеню порушення свідомості та коми дітей старше 4-х років і дорослих. Шкала була опублікована Грехемом Тіздейлом і Б. Дж. Дженнетт, професорами нейрохірургії Інституту Неврологічних наук Університету Глазго.

Шкала складається з трьох тестів, що оцінюють реакцію відкривання очей (E), а також мовні (V) і рухові (M) реакції. За кожен тест нараховується певна кількість балів. У тесті відкривання очей від 1 до 4, в тесті мовних реакцій від 1 до 5, а в тесті на рухові реакції від 1 до 6 балів. Таким чином, мінімальна кількість балів – 3 (глибока кома), максимальне – 15 (ясна свідомість).

II. МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

1. ДОСЛІДЖЕННЯ САМООЦІНКИ ЗА ДЕМБО – РУБІНШТЕЙН

Методика запропонована С. Я. Рубінштейн (1970) для дослідження самооцінки. В методиці використаний прийом Т. Dembo, за допомогою якого знаходились уявлення досліджуваного про своє щастя.

С. Я. Рубінштейн значно змінила цю методику, розширила її, ввела замість 1 шкали відліку 4 (здоров'я, розумовий розвиток, характер і щастя). В методиці Дембо – Рубінштейн у досліджуваного є можливість визначити свій стан по вибраним для самооцінки шкалам з урахуванням ряду нюансів, відображаючих ступінь прояву тієї або іншої властивості.

На листі паперу проводиться вертикальна риса, про яку досліджуваному говорять, що вона позначає щастя. Верхній полюс відповідає стану повного щастя, а нижній займають самі нещасливі люди. Досліджуваного просять визначити на цій лінії рисою або кружечком своє місце. Такі ж вертикальні лінії проводяться і для вираження самооцінки хворого по шкалам здоров'я, розумового розвитку, характеру.

Далі проводять бесіду з хворим, у якого вивчають його уявлення про щастя і нещастя, здоров'я і нездоров'я, добрий або поганий характер тощо. Вивчають чому хворий зробив відмітку в певному місці шкали для позначення своїх особливостей. Наприклад, що побудило його поставити відмітку в даному місці шкали здоров'я, чи вважає він себе здоровим або хворим, якщо хворий, то якою хворобою, кого він вважає хворим.

Своєрідний варіант методики описаний Т. М. Габрієл (1972) з використанням кожної із шкал з 7 категоріями, наприклад: «самий хворий», «хворий», «дуже хворий», «більш або менш хворий», «середньо хворий», «більш або менш здоровий», «вельми здоровий», «самий здоровий». Використання шкал з такою градацією, за спостереженнями автора, забезпечує більш тонкі відмінності в прояві позиції обстежених.

В залежності від конкретного завдання, що стоїть перед дослідником, в методику можна вводити і інші шкали. Так, при обстеженні хворих алкоголізмом ми користуємося шкалами настрою, сімейного благополуччя і службових досягнень. При обстеженні хворих в депресивному стані вводяться шкали настрою, уявлень про майбутнє (оптимістичного або песимістичного), тривоги, впевненості в собі і т. п.

При аналізі отриманих результатів С. Я. Рубінштейн приділяє основну увагу не стільки розташуванню відміток на шкалах, скільки обговоренню цих відміток. Психічно здоровим людям, за спостереженням С. Я. Рубінштейн, притаманна тенденція визначати своє місце за всіма шкалами точкою «трохи вище середини».

У психічно хворих відмічається тенденція відносити точки відміток до полюсів ліній і зникає «позиційне» ставлення до дослідника, визначаюче, за думкою С. Я. Рубінштейн, важливу роль в визначенні свого місця на лініях шкал психічно здоровими незалежно від їх самооцінки і реальної життєвої ситуації.

Результати методики мають особистий інтерес при співставленні з результатами дослідження у даного хворого особливості мислення і емоційно-вольової сфери.

При цьому можуть бути виявлені порушення критичності до себе, депресивна самооцінка, ейфоричність. Співставлення даних про самооцінку з об'єктивними показниками по ряду експериментально-психологічних методик в відомій мірі дозволяє судити про притаманні хворому рівні домагань, ступеню його адекватності. Можна думати, що самооцінка при деяких психічних захворюваннях не залишається постійною, і характер її залежить не тільки від специфічності психопатологічних проявів, але й від стадії хвороби.

2. МЕТОДИКА НЕЗАКІНЧЕНИХ РЕЧЕНЬ

САКСА – СІДНЯЯ МОДИФІКОВАНА ДЛЯ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

Суть методики полягає в тому, що досліджуваному пропонується опитувальник, що містить 64 незакінчені речення з початком і дається інструкція закінчити їх першою фразою, яка прийшла на розум.

Інструкція: Прочитайте уважно ці незакінчені речення, доповнивши їх першою думкою, яка прийшла Вам в голову. Робіть це як найшвидше. Якщо Ви не можете закінчити будь-яке речення, залишіть його, обвівши колом номер і поверніться до нього пізніше. Будьте правдиві. Ваші відповіді, нікому, крім лікаря, не будуть відомі.

Методика незакінчених речень Сакса – Сіднея:

1. Думаю, що мій батько рідко... _____
2. Якщо всі проти мене, то... _____
3. Я завжди хотів... _____
4. Якби я займав керівну посаду... _____
5. Майбутнє здається мені... _____
6. Якби не хвороба ... _____
7. Моє начальство... _____
8. Знаю, що нерозумно, але боюся... _____
9. Думаю, справжній друг... _____
10. Коли я був дитиною... _____
11. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є... _____
12. Коли я бачу жінку разом з чоловіком... _____
13. У порівнянні з більшістю інших родин моя родина... _____
14. Найкраще мені працюється з... _____
15. Моя мати і я... _____
16. Все-таки здорові люди... _____
17. Зробив би все, щоб забути... _____
18. Якби тільки мій батько захотів... _____

19. Думаю, що я досить вільний, щоб... _____
20. Я міг би бути дуже щасливим, якби... _____
21. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом... _____
22. Сподіваюся на... _____
23. У школі мої вчителі... _____
24. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся... _____
25. Не люблю людей, які... _____
26. До війни я... _____
27. Вважаю, що юнаків (дівчат)... _____
28. Подружнє життя здається мені... _____
29. Моя родина поводить себе зі мною, як з... _____
30. Люди, з якими я працюю... _____
31. Моя мати... _____
32. Моєю найбільшою помилкою було... _____
33. Я хотів би, щоб мій батько... _____
34. Моя найбільша слабкість полягає в тому... _____
35. Моя хвороба ... _____
36. Моїм схованим бажанням у житті... _____
37. Мої підлеглі... _____
38. Наступить той день, коли... _____
39. Коли до мене наближається мій начальник... _____
40. Хотілося б мені перестати боятися... _____
41. Більше всього люблю тих людей, які... _____
42. Якби я знову став молодим... _____
43. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)... _____
44. Якби у мене було нормальне статеве життя... _____
45. Більшість відомих мені родин... _____
46. Люблю працювати з людьми, які... _____
47. Вважаю, що більшість матерів... _____
48. Коли я був молодим, то почував себе винуватим, якщо... _____

49. Думаю, що мій батько... _____
50. Коли мені починає не везти, я... _____
51. Коли я даю іншим доручення... _____
52. Більше всього я хотів би в житті... _____
53. Коли я буду старим... _____
54. Люди, перевагу яких над собою я визнаю... _____
55. Мої побоювання не раз змушували мене... _____
56. Коли мене немає, мої друзі... _____
57. Через хворобу... _____
58. Моїм самим живим спогадом дитинства є... _____
59. Мені дуже не подобається коли жінки (чоловіки)... _____
60. Моє статеве життя... _____
61. Коли я був дитиною, моя родина... _____
62. Люди, які працюють зі мною... _____
63. Я люблю свою матір, але... _____
64. Саме гірше, що мені трапилося зробити, це... _____

При труднощах досліджуваному необхідно повторити інструкцію і дати приклад відповіді: «Я думаю, що мій батько буває неправий». Враховується якість відповіді (зміст закінченого речення), латентний період (час, витрачений на обмірковування відповіді), а також емоційна реакція досліджуваного. Відповіді групуються в ключі.

Ключ до методики:

I. Відношення до матері

15. Моя мати і я...
31. Моя мати...
47. Вважаю, що більшість матерів...
63. Я люблю свою матір, але...

II. Відношення до батька

- 1. Думаю, що мій батько рідко...
- 18. Якби тільки мій батько захотів...
- 33. Я хотів би, щоб мій батько...
- 49. Думаю, що мій батько...

III. Відношення до родини

- 13. У порівнянні з більшістю інших родин моя родина...
- 29. Моя родина поводиться зі мною, як з...
- 45. Більшість відомих мені родин...
- 61. Коли я був дитиною, моя родина...

IV. Відношення до жінок (чоловіків)

- 11. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
- 27. Вважаю, що юнаків (дівчат)...
- 43. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)...
- 59. Мені дуже не подобається коли жінки (чоловіки)....

V. Відношення до статевого життя

- 12. Коли я бачу жінку разом з чоловіком...
- 28. Подружнє життя здається мені...
- 44. Якби у мене було нормальне статеве життя...
- 60. Моє статеве життя...

VI. Відношення до товаришів і знайомим

- 9. Думаю, справжній друг...
- 25. Не люблю людей які...
- 41. Більше всього люблю тих людей, які...
- 56. Коли мене немає, мої друзі...

VII. Відношення до вищестоящих облич на роботі, у школі

- 7. Моє начальство...
- 23. У школі мої вчителі...
- 39. Коли до мене наближається мій начальник...

54. Люди, перевагу яких над собою я визнаю...

VIII. Відношення до підлеглих

4. Якби я займав керівну посаду...

21. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом...

37. Мої підлеглі...

51. Коли я даю іншим доручення...

IX. Відношення до товаришів по роботі

14. Найкраще мені працюється з...

30. Люди, з якими я працюю...

46. Люблю працювати з людьми, які...

62. Люди, які працюють із мною...

X. Страх і побоювання

8. Знаю, що нерозумно, але боюся...

24. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся...

40. Хотілося б мені перестати боятися...

55. Мої побоювання не раз змушували мене...

XI. Свідомість провини

17. Зробив би все, щоб забути...

32. Моєю найбільшою помилкою було...

48. Коли я був молодим, то почував себе винуватим, якщо...

64. Саме гірше, що мені довелося зробити, це...

XII. Відношення до себе

2. Якщо всі проти мене, то...

19. Думаю, що я досить вільний, щоб...

34. Моя найбільша слабкість полягає в тому...

50. Коли мені починає не везти, я...

XIII. Відношення до минулого

10. Коли я був дитиною...

26. До війни я...

42. Якби я знову став молодим...

58. Моїм самим живим спогадом дитинства є...

XIV. Відношення до майбутнього

5. Майбутнє здається мені...

22. Сподіваюся на...

38. Наступить той день, коли...

53. Коли я буду старим...

XV. Мета

3. Я завжди хотів...

20. Я міг би бути дуже щасливим, якби...

36. Моїм схованим бажанням у житті...

52. Більше всього я хотів би в житті...

XVI. Відношення до хвороби

6. Якби не хвороба...

16. Все-таки здорові люди...

35. Моя хвороба...

57. Через хворобу...

Кожна відповідь (система відносин) оцінюється за 3-х бальною системою (0, 1, 2).

0 балів ставиться в тому випадку, якщо адаптація не порушена, конфлікт не виявлений;

1 – якщо конфлікт на субклінічному рівні, опитувальний сам бачить шляхи вирішення конфлікту;

2 – коли адаптація порушена, вимагає психотерапевтичної корекції.

Аналізуючи відповіді опитувального, вдається виявити його відношення до себе, свого минулого, сьогодення, майбутнього, навколишнього середовища та ін.

Частина відповідей буває формального характеру, відповідаючи за змістом початку фрази. Емоційно значимі пропозиції навіть при формальній відповідності відповіді супроводжуються затримкою (подовженням латентного періоду), міміко-вегетативною реакцією.

У хворих на істеричну акцентуацію, як правило, виявляється безліч конфліктів, виражена демонстративність відповідей.

У хворих зі страхами і хворобливими переживаннями виявляється непевність у майбутньому.

Чим категоричніше і яскравіше навіть негативні відповіді, які свідчать про конфлікт, тим більше вони свідчать про соціальну дезадаптацію опитувального.

Методика допомагає розібратися в різноманітній системі відносин особистості хворого, виявити порушення цих відносин, визначити особливості використання психотерапевтичної корекції і реабілітації хворих.

Включення 4-х додаткових питань (6, 16, 35, 57) дозволяє оцінити ступінь виразності психотравмуючого впливу захворювання на соматичних хворих.

При цьому варто мати на увазі, що захворювання, як психотравма може знаходити своє відображення й у висловленнях хворих з інших питань, прямо не пов'язаним із хворобою.

3. ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК Г. АЙЗЕНКА, АДАПТОВАНИЙ У СПБНДПНІ ІМ. В. М. БЕХТЕРЄВА

Дана методика використовується для виявлення особливостей характеру, які одержали назву «екстраверсія», «інтраверсія» і «нейротизм».

Для «**екстравертів**» найбільш характерні такі риси, як товариськість, чуйність, невимушеність, життєрадісність, впевненість у собі, прагнення до лідерства. Вони мають багато друзів, оптимістично набудовані, добродушно веселі, але іноді бувають запальні, нестримані.

«**Інтраверти**» здебільшого спокійні, врівноважені, розважливі, обачні, миролюбні, контролюють свої вчинки, дії їх завжди продумані, раціональні. Коло друзів невеликий, віддають перевагу книгам, особистим зустрічам, високо цінують «естетичні норми».

«**Нейротики**» відрізняються нестабільністю, нерівноваженістю нервово-психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю вегетативної нервової системи, легко збудливі. Для них характерні мінливість настрою, сенситивність, а також тривожність, помисливість, повільність, схильність до песимізму, нерішучість.

Опитувальник складається з 57 питань. Досліджуваний в процесі заповнення опитувальника повинний відповісти на кожне питання або позитивно, або негативно. 24 питання призначені для виявлення екстраверсії – інтраверсії, 24 питання – нейротизму і 9 питань – для контролю вірогідності відповідей.

При роботі над опитувальником хворого варто попередити, що пропонуване завдання допоможе оцінити його характер, а не розумові здібності і, що результати дослідження не будуть оголошуватися, а використовуватися винятково для більш ефективного його лікування і розробки необхідних рекомендацій.

Інструкція: Уважно прочитайте кожний із запропонованих питань і дайте відповідь «так» чи «ні», зробивши оцінку «+» у відповідному стовпчику. Намагайтеся відповідати швидко, не замислюючись. Пам'ятайте, що «гарних» чи «поганих» відповідей тут немає.

Від точності і щирості Ваших відповідей буде залежати об'єктивність результатів дослідження, ефективність лікування і цінність рекомендацій.

Особистісний опитувальник Г. Айзенка:

Так Ні

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того, щоб «струснутися», відчутти збудження?
2. Чи часто Ви маєте потребу в друзях, що Вас розуміють, можуть підбадьорити, втішити?
3. Ви людина безтурботна?
4. Чи не знаходите Ви, що Вам дуже важко відповідати «ні»?
5. Чи замислюєтесь Ви над тим, як що-небудь почати?
6. Якщо Ви обіцяєте щось зробити, чи завжди Ви виконуєте свої обіцянки (незалежно від того, зручно Вам це чи ні)?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Звичайно Ви поступаєте та говорите швидко, не роздумуючи?
9. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасливою людиною без достатніх на те причин?
10. Зробили б Ви майже все, що завгодно, в суперечку?
11. Чи виникає у Вас почуття боязкості і зниковілості, коли Ви хочете завести розмову із симпатичною (ним) незнайомкою (цем)?
12. Чи виходите Ви із себе, злитесь?
13. Чи часто Ви дієте під впливом хвилинного настрою?

14. Чи часто Ви турбуєтеся через те, що зробили чи сказали що-небудь таке, чого не треба робити, говорити?
15. Чи віддаєте Ви перевагу книзі або зустрічам з людьми?
16. Чи легко Вас скривдити?
17. Чи любите Ви часто бувати в компанії?
18. Чи бувають у Вас іноді думки, які Ви хотіли б сховати від інших?
19. Чи вірно, що іноді Ви повні енергії так, що все горить у Вас у руках, а іноді зовсім мляві?
20. Чи віддаєте Ви перевагу мати менше друзів, але особливо близьких Вам?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, Ви відповідаєте тим же?
23. Чи часто Вас турбує почуття провини?
24. Усі Ваші звички гарні і бажані?
25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттями і щосили повеселитися в компанії?
26. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливою і чутливою?
27. Чи вважають Вас людиною живою і веселою?
28. Чи часто, зробивши яку-небудь важливу справу, Ви відчуваєте почуття, що могли б зробити краще?
29. Ви більше мовчите, коли знаходитесь в суспільстві інших людей?
30. Ви іноді розпускаєте плітки?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що різні думки лізуть у голову?

32. Якщо Ви хочете довідатися про що-небудь, то Ви бажаєте прочитати про це в книзі, ніж запитати?
33. Чи буває у Вас серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, що вимагає постійної уваги?
35. Чи бувають у Вас приступи тремтіння?
36. Чи завжди б Ви платили за провіз багажу на транспорті, якби не побоювалися перевірки?
37. Вам неприємно знаходитися в суспільстві, де жартують один з одного?
38. Чи дратівливі Ви?
39. Чи подобається Вам робота яка вимагає швидкості дії?
40. Чи хвилюєтеся Ви з приводу якихось неприємних подій, що могли б відбутися?
41. Ви ходите повільно, неквапливо?
42. Ви коли-небудь спізнювалися на побачення чи на роботу?
43. Чи часто Вам сняться жахи?
44. Чи вірно, що Ви так любите поговорити, що ніколи не упустите випадку поговорити з незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Ви б почували себе дуже нещасливим, якби тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Чи є серед Ваших знайомих люди, що Вам явно не подобаються?
49. Чи можете Ви сказати, що Ви дуже впевнена у собі людина?

50. Чи легко Ви ображаєтесь, коли люди вказують на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?

51. Ви вважаєте, що важко одержати дійсне задоволення від вечірки?

52. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірше інших?

53. Чи легко Вам вдається внести пожвавлення в досить нудну компанію?

54. Чи буває, що Ви говорите про речі, у яких не розбираєтесь?

55. Чи турбуєтесь Ви про своє здоров'я?

56. Чи любите Ви жартувати над іншими?

57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

Після заповнення бланка, за допомогою шаблонів підраховують число негативних і позитивних відповідей на ті, чи інші питання.

16 питань першої групи (1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56) при позитивній відповіді свідчить про екстраверсію, при негативному – про інтраверсію.

8 питань другої групи (5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51) при позитивній відповіді свідчать про інтраверсію, а при негативній відповіді про екстраверсію.

Сума позитивних відповідей на питання першої групи і негативних – другої і дає показник екстра – інтравертованості особистості досліджуваного.

В інтерпретації Л. А. Ульянової показник у межах 1 – 13 балів свідчить про інтравертованість (1 – 4 – значно виражену, 5 – 9 - виражену, 10 – 13 – помірно виражену), 14 – 24 бала – про екстравертованість (14 – 17 – помірно виражену, 18 – 22 – виражену, 23 – 24 – значно виражену).

24 питання третьої групи (2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57) при позитивній відповіді свідчать про

емоційну лабільність (нейротизм), а при негативному – про емоційну стабільність.

Рівень нейротизму до 12 балів (число позитивних відповідей третьої групи) розцінюється як низький; 12 – 15 балів – помірно виражений; 16 – 19 – виражений; понад 19-ти балів – значно виражений.

3 питання (6, 24, 36) при позитивній відповіді і **6 питань** (12, 18, 30, 42, 54) при негативній відповіді свідчать про необ'єктивність відповідей, можливої неспроможності самооцінки, тому що правильні відповіді на питання можуть бути однозначними, і являють собою **шкалу брехні**.

При перевищенні 5 балів по шкалі неправди результати дослідження вважаються необ'єктивними.

Якщо показник екстра – й інтравертованості є досить стабільною характеристикою особистості хворого і має значення лише для вибору тактики поведінки лікаря в процесі спілкування з ним, то показник рівня нейротизму корелює з виразністю психоемоційної напруженості хворого і допомагає об'єктивізувати ефективність психотерапії.

3. ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК БЕХТЕРЄВСЬКОГО ІНСТИТУТУ («ООБІ») ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ТИПУ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ

Призначений для діагностики типів відносин до хвороби і лікування у хворих на хронічні соматичні захворювання. Розроблений співробітниками Інституту ім. В. М. Бехтерева (м. Санкт-Петербург) при участі психологів і психіатрів наукових і лікувальних установ тоді ще СРСР. Опублікований у 1983 році.

Опитувальник складається з 12 наборів фраз-тверджень, що стосуються різних аспектів системи відносин обстежуваного («відношення до лікування», «відношення до лікарів і медперсоналу», «відношення до навколишніх», «відношення до майбутнього» і т.д.). У кожному наборі 10 – 16 пронумерованих

ваних тверджень. Наприклад, у набір «відношення до майбутнього» входять наступні фрази:

– хвороба робить моє майбутнє сумним і сумовитим – 1

– моє здоров'я не дає поки ніяких підстав турбуватися за своє майбутнє – 2

– через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє – 11

Обстежуваного просять у кожному з наборів тверджень вибрати найбільш придатне для нього і внести відповідний номер у реєстраційний лист. В усіх наборах передбачений «нульовий» варіант, тобто допускається, що жодне з приведених тверджень обстежуваному не підходить. Число виборів за кожним набором – не більш трьох, у тому числі і нульових варіантах.

За допомогою «ООБІ» діагностуються наступні типи відносин:

- 1) **гармонічний** – твереза оцінка свого стану;
- 2) **тривожний** – безупинне занепокоєння і замисливість у відношенні несприятливого перебігу хвороби;
- 3) **іпохондричний** – зосередження на суб'єктивних хворобливих і інших неприємних відчуттях;
- 4) **меланхолічний** – пригніченість хворобою, невір'я у видужання;
- 5) **апатичний** – повна байдужність до своєї долі, результату хвороби;
- 6) **неврастенічний** – поведінка за типом «дратівливої слабкості»;
- 7) **обсесивно-фобічний** – тривожна замисливість насамперед стосується побоювань не реальних, а малоймовірних;
- 8) **сенситивний** – надмірна заклопотаність про можливе несприятливе враження, що можуть зробити на навколишніх інформація про хворобу;
- 9) **егоцентричний** – «відхід у хворобу», виставляння напоказ своїх страждань і переживань з метою цілком заволодіти увагою навколишніх;
- 10) **ейфорічний** – необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награвний;
- 11) **анозогнозичний** – активне відкидання думок про хворобу, її можливих наслідках;
- 12) **ергопатичний** – «відхід від хвороби в роботу»;

13) **паранояльний** – впевненість, що хвороба це результат чийогось злого змісту.

Діагностуватися можуть лише ті з перерахованих типів, стосовно яких набране т.зв. «мінімальне діагностичне число», визначене емпірично.

Теоретична основа «ООБІ» – психологія відносин. При цьому особливості самої особистості розглядаються як істотний, але не єдиний фактор, що визначає відношення до хвороби. Відношення до хвороби обумовлено:

- а) природою самого захворювання;
- б) типом особистості, у якому основну роль грає тип акцентуації характеру;
- в) відношенням до захворювання в значимому для хворого оточенні.

Під впливом названих трьох факторів формується відношення до хвороби, лікування, лікарів, свого майбутнього і т. д. (Лічко А. Є., 1983).

Робота з вивчення *валідності* і *надійності* «ООБІ» не довершена. Опубліковані дані виявляють кореляції між деякими типами відносини до хвороби і конкретним психосоматичним захворюванням. Наприклад, при виразковій хворобі виявляються іпохондричний і неврастенічний типи відносин. На матеріалі обстеження великої кількості хворих (1,2 тис. чоловік) виділені твердження «ООБІ», найбільш інформативні для психодіагностики «гармонічного» типу відносини до хвороби (Карпова Е. Б., 1985). Опитувальник може бути використаний при проведенні групового обстеження.

Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту:

П.І.Б.: _____ « _____ » _____ 20 __ року

Інструкція: Уважно прочитайте твердження (на вибір), представлені нижче в 12-ти розділах (від самопочуття до відношення до майбутнього).

Виберіть ті, котрі на Ваш погляд найбільш точно відповідають Вашому стану, і обведіть їх номери.

За кожним розділом можна зробити від 1 до 3 виборів. Якщо жодне твердження не відповідає Вашому стану, обведіть у даному розділі цифру

«0». Намагайтеся працювати швидко, не задумуючись. Пам'ятайте, що гарних і поганих відповідей немає.

№	Пропоновані вибори	Код
1	2	3
I. Сапопочуття		
1	З того часу, як я занедужав, у мене майже завжди погане самопочуття	Т
2	Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил	З
3	Дурне самопочуття я намагаюся перебороти	Г
4	Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим	ПП
5	У мене майже завжди що-небудь болить	И
6	Погане самопочуття виникає у мене після засмучень	Н
7	Погане самопочуття з'являється у мене від чекання неприємностей	Т
8	Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання	–
9	Моє самопочуття цілком задовільне	–
10	З того часу, як я занедужав, у мене буває погане самопочуття з приступами дратівливості і почуттям туги	ТН
11	Моє самопочуття дуже залежить від того, як відносяться до мене оточуючі	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
II. Настрій		
1	Як правило, настрій у мене дуже гарний	Ф
2	Через хворобу я часто буваю нетерплячим і дратівливим	ННТЯ
3	У мене настрій псується від чекання можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості в майбутньому	Ф
4	Я не дозволяю собі через хворобу віддаватися зневірі і сумнівам	Г
5	Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій	ИЯ
6	Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття	ТН
7	У мене став зовсім байдужний настрій	А

1	2	3
12	В ночі у мене бувають приступи страху	О
13	З ранку я почуваю повну байдужність до всього	–
14	Я можу вільно регулювати свої сон	–
15	В ночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу	О
16	Уві сні мені бачаться всякі хвороби	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
IV. Апетит і відношення до їжі		
1	Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях	С
2	У мене гарний апетит	ФП
3	У мене поганий апетит	И
4	Я люблю ситно поїсти	–
5	Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі	З
6	Мені легко можна зіпсувати апетит	–
7	Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її свіжість і доброякісність	И
8	Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я	Р
9	Я намагаюся дотримувати дієти, що сам розробив	И
10	Їжа не доставляє мені ніякого задоволення	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
V. Відношення до хвороби		
1	Моя хвороба мене лякає	Т
2	Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде	АА
3	Намагаюся не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям	ФФ
4	Моя хвороба більше всього гнітить мене тим, що люди стали цуратися мене	С
5	Без кінця думаю про всі можливі ускладнення, зв'язані із хворобою	ОО
6	Я думаю, що моя хвороба не виліковна і нічого гарного мене не чекає	И
7	Вважаю, що моя хвороба запущена через неухважність і невміння лікарів	П

1	2	3
8	Вважаю що небезпеку моєї хвороби лікарі перебільшують	3
9	Намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть ще більше	PP
10	Я відчуваю, що моя хвороба набагато тяжче, ніж це можуть визначити лікарі	И
11	Я здоровий, і хвороби мене не турбують	3
12	Моя хвороба протікає зовсім незвичайно - не так, як в інших, і тому вимагає особливої уваги	ЯЯ
13	Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним	НН
14	Я знаю, з чієї вини я занедужав, і не прошу цього ніколи	П
15	Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі	Г
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
VI. Відношення до лікування		
1	Уникаю всякого лікування – сподіваюся, що організм сам переборє хворобу, якщо про неї поменше думати	–
2	Мене лякають труднощі і небезпека, зв'язані з майбутнім лікуванням	–
3	Я був готовий на саме болісне і навіть небезпечне лікування, тільки б позбутися від хвороби	–
4	Я не вірю в успіх лікування і вважаю його даремним	–
5	Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, в усіх них поступово розчаровуюся	–
6	Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене умовляють на нікчемну операцію	–
7	Всякі нові ліки, процедури й операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення і небезпеку, з ними зв'язаних	–
8	Від лікування мені стає тільки гірше	–
9	Ліки і процедури нерідко впливають на мене так незвичайно, що це дивує лікарів	–
10	Вважаю, що серед засобів лікування, що застосовуються, є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити	П
11	Вважаю, що мене лікують не правильно	П

1	2	3
12	Я ні в якому лікуванні не маю потреби	–
13	Мені набридло нескінченне лікування, хочу тільки, щоб мені дали спокій	–
14	Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми	Г
15	Мене дратує й озлобляє, коли лікування не дає поліпшення	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	ЗФР
VII. Відношення до лікарів і медичного персоналу		
1	Головним у всякому медичному працівникові я вважаю увагу до хворого	Г
2	Я хотів би лікуватися у такого лікаря, у якого велика популярність	И
3	Вважаю, що занедужав я більше всього з провини лікарів	П
4	Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і тільки роблять вид, що лікують	–
5	Мені все одно, хто і як мене лікує	–
6	Я часто турбуюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування	–
7	Лікарі і медперсонал нерідко викликають у мене ворожість	–
8	Я звертаюся те до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнений в успіху лікування	Я
9	З великою повагою я відношуся до медичної професії	Г
10	Я не раз переконувався, що лікарі і медперсонал неухважні і недбало виконують свої обов'язки	НП
11	Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями і персоналом і потім шкодую про це	–
12	Я здоровий і допомоги лікарів не потребую	–
13	Вважаю, що лікарі і персонал на мене марно витрачають час	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
VIII. Відношення до рідних і близьких		
1	Я настільки поглинений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати	–

1	2	3
2	Я намагаюся не показувати виду рідним і близьким, який я хворий, щоб не затьмарювати їм настроя	СР
3	Близькі дарма хочуть зробити з мене важко хворого	–
4	Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі і негаразди	–
5	Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби і не співчують моїм стражданням	И
6	Близькі не рахуються з моєю хворобою і хочуть жити в своє задоволення	–
7	Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими	Я
8	Через хворобу втратився всякий інтерес до справ і хвилювань близьких і рідних	–
9	Через хворобу я став в тягар близьким	–
10	Здоровий вигляд і безтурботне життя моїх близьких викликають у мене ворожість	–
11	Я вважаю, що занедужав через моїх рідних	–
12	Я намагаюся поменше доставляти тягот і турбот моїм близьким через мою хворобу	ГРР
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
ІХ. Відношення до роботи (навчання)		
1	Хвороба робить мене нікуди негідним працівником (нездатним вчитися)	А
2	Я боюся, що через хворобу я втрачу гарну роботу (прийдеться піти з гарного навчального закладу)	–
3	Моя робота (навчання) стала для мене зовсім байдужною	–
4	Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання)	–
5	Увесь час турбуюся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не справитися з навчанням)	С
6	Вважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) заподіяли шкоду моєму здоров'ю	–
7	На роботі (по місці навчання) зовсім не звертають уваги на мою хворобу і навіть чіпляються до мене	О

1	2	3
8	Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчанню)	Ф
9	Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) менш би знали і говорили про мою хворобу	Р
10	Я вважаю, що, не дивлячись на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання)	РР
11	Хвороба зробила мене на роботі (навчанні) непосидливим і не терплячим	—
12	На роботі (на навчанні) я намагаюся забути про свою хворобу	—
13	Усі дивуються і захоплюються тим, що я успішно працюю (вчуся), незважаючи на хворобу	—
14	Моє здоров'я не заважає мені працювати (вчитися) там, де я хочу	—
0	Жодне з визначень до мене не підходить	—
Х. Відношення 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 занедужав, всі про мене забули	—
4	Здорові обличчя і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування	—
5	Я намагаюся, щоб оточуючі не зауважували моєї хвороби	—
6	Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться	ЗЗ
7	Мені б хотілося, щоб оточуючі випробували на собі як важко хворіти	—
8	Мені здається, що навколишні цураються мене через мою хворобу	—
9	Оточуючі не розуміють моєї хвороби і моїх страждань	Я
10	Моя хвороба і те, як я її переношу, дивують і вражають оточуючих	—
11	З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу	—

1	2	3
12	Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не прощу	–
13	Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждає від хвороби	–
14	Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати і навіть дратує мене	И
15	Моя хвороба не заважає мені мати друзів	Г
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
XI. Відношення до самотності		
1	Відаю перевагу самотності, тому що одному мені краще	АС
2	Я почуваю, що хвороба прирікає мене на повну самотність	–
3	На самоті я намагаюся знайти яку-небудь цікаву і потрібну роботу	–
4	На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладнення, майбутні страждання	–
5	Часто, залишившись наодинці, я скоріше заспокоююся: люди мене стали сильно дратувати	НЯ
6	Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті нудьгую за людьми	–
7	Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу	–
8	Мені стало все одно: що бути серед людей, що залишатися на самоті	–
9	Бажання побути одному залежить від обставин і настрою	ГФ
10	Я боюся залишатися на самоті через побоювання, зв'язані із хворобою	СЯ
0	Жодне з визначень до мене не підходить	Ф
XII. Відношення до майбутнього		
1	Хвороба робить моє майбутнє сумним і сумовитим	АА
2	Моє здоров'я не дає поки ніяких основ турбуватися про майбутнє	ЗФ
3	Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у самі тяжкі хвилини	–
4	Не вважаю, що хвороба може істотно відіб'ється на моєму майбутньому	ЗЗ
5	Акуратним лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшення здоров'я в майбутньому	ГТ
6	Своє майбутнє я цілком зв'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні)	–

1	2	3
7	Мені стало байдуже, що стане зі мною в майбутньому	А
8	Через мою хворобу я в постійній тривозі за моє майбутнє	ИСЯЯ
9	Я впевнений, що в майбутньому розкриються помилки і недбалість тих, через кого я занедужав	П
10	Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга і роздратування на інших людей	–
11	Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–

5. ОПИТУВАЛЬНИК О. І. СЕРДЮКА ДЛЯ ВИВЧЕННЯ САМООЦІНКИ СОЦІАЛЬНОЇ ЗНАЧУЩОСТІ ХВОРОБИ

Вплив будь-якого хронічного соматичного захворювання на соціальний статус хворого, його положення в суспільстві і мікросоціальному середовищі, коло інтересів, рівень домагань здавна не викликає сумнівів у клініцистів.

Природно, що хронічне соматичне страждання призводить до ламання звичного способу життя і діяльності хворої людини, необхідності формування нового життєвого стереотипу.

При цьому не так вже і важливо наскільки істотну роль у виникненні і перебігу даного захворювання можна відвести психогенним факторам, і чи можна його з впевненістю віднести до психосоматичних захворювань, чи ні.

Проведені нами дослідження на досить презентабельному масиві хворих полярними з погляду психосоматичної природи захворюваннями: з одного боку – класичним психосоматозом – виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки; а з іншого боку – таким захворюванням, які ніхто з авторитетних фахівців не відносить до психосоматичних – сечокам'яною хворобою, показали, що, не дивлячись на абсолютно різну природу цих захворювань, їх дезадаптуючий вплив на соціальний статус хворих ні по частоті, ні по ступеню виразності практично нічим не відрізняється, і відзначається майже в ста відсотках випадків.

Самооцінка хворими впливу захворювання на їх соціальний статус є істотною частиною «внутрішньої картини хвороби», а отже і важливим векто-

ром спрямованості психотерапевтичного впливу на хворого в процесі його реабілітації, тому що зміна відносини хворого до свого страждання, поряд з купуванням невротичної симптоматики і впливом на патогенетичні механізми психосоматичного захворювання – одна з головних задач психотерапії в соматичній клініці.

Разом з тим, клінічні спостереження показують, що різні хворі найчастіше вкладають в це поняття зовсім різний зміст.

На підставі опитування двох тисяч хворих на різні хронічні соматичні захворювання нами (Сердюк О. І., 1994) був розроблений формалізований опитувальник, які дозволяє виділити і піддати кількісній оцінці вплив хвороби на різні сфери соціального статусу хворих.

Опитувальник включає 10 питань – стверджень і 5 варіантів відповідей на них:

Опитувальник для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби

1	2	3	4	5	6
1). Через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став (ла) слабким (кою), немичним (ою), сам (а) собі неприємний (а)	Напевно немає	Скоріше ні	Утрудняюся відповісти	Мабуть так	Безумовно так
2). Хвороба ускладнює взаємини в моїй родині, відчуваю, що набрид (ла) рідним зі своєю хворобою					
3). Через хворобу приходиться себе багато в чому обмежувати, боюся вживати спиртне, обмежую себе в їжі, уникаю ходити в гості, відмовляю собі в розвагах					
4). Через хворобу погіршилися відносини на роботі, відчуваю, що співробітники стали гірше відноситися до мене, не співчують, і навіть чіпляються					
5). Вважаю, що у мене менше вільного часу, ніж у здорових людей, через хворобу багато часу іде на лікування, лікарні					

1	2	3	4	5	6
6). Через хворобу не можу працювати там, де хочу. Моя хвороба заважає мені зайняти краще положення в суспільстві, зробити кар'єру					
7). Після того, як занедужав (а), помічаю зміни у своїй зовнішності, став (ла) некрасивим (ою), неприємним (ою) для навколишніх					
8). Моя хвороба зробила мене нещасливим (ою), змушує почувати себе не таким (ою), як усі					
9). Моя хвороба заважає мені спілкуватися з навколишніми, відчуваю, що віддаляюся від людей					
10). Хвороба наносить мені значний матеріальний збиток, змушує витратити гроші на лікування, не дає можливості більше заробляти					

Один із двох останніх варіантів відповідей розцінюється таким, що свідчить про високу, або дуже високу значимість для даного хворого впливу хвороби на ту, чи іншу умовно виділену сферу його соціального статусу (відповідну номеру питання): 1). Обмеження відчуття сили й енергії; 2). Погіршення відносини до хворого в родині; 3). Обмеження задоволень; 4). Погіршення відносин до хворого на роботі; 5). Обмеження вільного часу; 6). Обмеження кар'єри; 7). Зниження фізичної привабливості; 8). Формування почуття ущербності; 9). Обмеження спілкування; 10). Матеріальний збиток.

Розташування їх у вигляді векторів на діаграмі дозволяє більш наявно судити про ступінь соціальної значущості захворювання для даного хворого в цілому, а також про ті напрямки, які варто розглядати, як «мішені» психотерапевтичного впливу в процесі його медико-соціальної реабілітації.

6. ТЕСТ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ САМООЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ (САН)

Інструкція: Перед Вами два ряди слів, що представляють ті чи інші особливості психічного стану. Кожна ознака має два протилежних полюси. Вам необхідно критично оцінити свій стан у даний момент. Для цього виберіть полюс, до якого Ви відносите свій стан. Чим ближче до полюсу Ви закреслите цифру, тим більше дана якість у Вас виражена в даний момент.

«3» – закреслюйте в тому випадку, якщо воно виражена сильно;

«2» – якщо виражена помірно;

«1» – якщо виражена в найменшому ступені;

«0» – невизначене положення, коли Ви не можете вирішити – до якого полюса віднести свій стан.

Над відповідями довго не роздумуйте. Відповідати потрібно швидко.

Майте на увазі, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН):

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самопочуття гарне	3	2	1	0	1	2	3	Самопочуття погане
Почуваю себе сильним	3	2	1	0	1	2	3	Почуваю себе слабким
Пасивний	3	2	1	0	1	2	3	Активний
Малорухомий	3	2	1	0	1	2	3	Рухливий
Веселий	3	2	1	0	1	2	3	Смутний
Гарний настрої	3	2	1	0	1	2	3	Поганий настрої
Працездатний	3	2	1	0	1	2	3	Розбитий
Повний сил	3	2	1	0	1	2	3	Знесилений
Повільний	3	2	1	0	1	2	3	Швидкий
Бездіяльний	3	2	1	0	1	2	3	Діяльний
Щасливий	3	2	1	0	1	2	3	Нещасливий
Життєрадісний	3	2	1	0	1	2	3	Похмурий
Напружений	3	2	1	0	1	2	3	Розслаблений
Здоровий	3	2	1	0	1	2	3	Хворий
Безпорадний	3	2	1	0	1	2	3	Захоплений
Байдужий	3	2	1	0	1	2	3	Схвильований
Піднесений	3	2	1	0	1	2	3	Засмучений

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Радісний	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
Відпочилий	3	2	1	0	1	2	3	Втомлений
Свіжий	3	2	1	0	1	2	3	Виснажений
Сонливий	3	2	1	0	1	2	3	Збуджений
Бажання відпочити	3	2	1	0	1	2	3	Бажання працювати
Спокійний	3	2	1	0	1	2	3	Заклопотаний
Оптимістичний	3	2	1	0	1	2	3	Песимістичний
Витривалий	3	2	1	0	1	2	3	Виснажливий
Бадьорий	3	2	1	0	1	2	3	Млявий
Міркувати важко	3	2	1	0	1	2	3	Міркувати легко
Розсіяний	3	2	1	0	1	2	3	Уважний
Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований
Задоволений	3	2	1	0	1	2	3	Незадоволений

Опитувальник складається з 30 рядків, у кожному з яких представлені два полярних твердження, з них 10 рядків характеризують самопочуття обстежуваного (1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26); 10 – активність (3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28); 10 – настрої (5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30).

Рядки згруповані попарно: 1, 2 – самопочуття (С); 3, 4 – активність (А), 5, 6 – настрої (Н), і т.д.

Обчислення показників самопочуття, активності і настрою здійснюється в такий спосіб:

Спочатку необхідно перевести закреслені цифри у відповідні їм оціночні бали.

Для показників самопочуття і настрою вони шифруються за шаблоном № 1:

цифри опитувальника -	3	2	1	0	1	2	3
відповідні ним бали -	7	6	5	4	3	2	1

Для показника активності – за шаблоном № 2:

цифри опитувальника -	3	2	1	0	1	2	3
відповідні ним бали -	1	2	3	4	5	6	7

Після переведення закреслених цифр в оціночні бали за кожним показником підраховується сума балів і поділяється на число отриманих відпові-

дей (закреслених цифр), що і представляє собою власне показник самопочуття, активності чи настрою.

Показники самопочуття нижче 5,4 балів, активності – нижче 5,0 балів, настрою – нижче 5,1 балів розцінюються як низькі (нижче норми).

7. ОПИТУВАЛЬНИК ВИЗНАЧЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ К. ЛЕОНГАРДА, МОДИФІКОВАНИЙ С. ШМІШЕКОМ

Риси особистості, що самі по собі ще не є патологічними, але можуть за певних умов розвиватися в позитивному чи негативному напрямках, досягаючи, крайніх варіантів норми, які граничать із психопатіями, називаються акцентуйованими. Такий характер людини відноситься до акцентуйованого. К. Леонгард і С. Шмішек виділяють 10 основних типів акцентуації характеру.

1. Тип, що застряє, (С).

Даний тип схильний до «фіксації» афекту, до маревних реакцій. Люди цього типу педантичні, злопам'ятні, довго пам'ятають образи, сердяться, ображаються. Нерідко на цьому ґрунті у них з'являються нав'язливі ідеї. В емоційному відношенні вони ригідні. Іноді можуть виявляти афективні спалахи, агресію. У патології це паранойяльний психопат.

2. Збудливий тип (Зб).

Характеризується підвищеною збудливістю й агресивністю. Моральні устої малозначущі, у поривах гніву у нього відзначається наростання агресивності, що супроводжується активізацією відповідних дій. Осмислення у представників цього типу, як правило, утруднене чи уповільнено. У патології це теж паранойяльний психопат.

3. Демонстративний тип (Де).

До цього типу належать люди, у яких сильно виражений егоцентризм, прагнення бути постійно в центрі уваги («нехай ненавидять, аби не були байдужими»). Серед артистів кількість таких людей може бути значною. Якщо у таких людей немає особливих здібностей, вони домагаються уваги антисоціальними вчинками. Щоб прикрасити свою персону, вони йдуть на патологіч-

ну облудність. Схильні носити яскравий, екстравагантний одяг. Можуть бути визначені за цією ознакою і за манерою поведінки зовні. У патології це істеричний психопат.

4. Педантичний тип (П).

Відрізняється яскраво вираженою зібраністю, що відображає інертність психічних процесів. Обґрунтованість, чіткість і завершеність у діях, високий самоконтроль дозволяють виконувати роботу пунктуально і сумлінно, однак занадто повільно і малопродуктивно в мисленні. У діях виявляється надмірна стандартність і передбачливість. При нав'язливому крайньому педантизмі можуть наступити злобно-тужливі настрої. У патології це епілептоїдна психопатія.

5. Гіпертимний тип (Г).

Характеризується переважно піднятим настроєм, підвищеною психічною активністю і спрагою діяльності. Заповзятливість, ініціатива, розкидання іскор оптимізму – характерні риси цього типу. Однак надмірна веселість і жвавість не завжди дозволяють доводити справу до кінця, бути обов'язковим, строго дотримувати норми, дорожити своїм авторитетом. Легкодумство нерідко виявляється в прожектерстві, незібраності, сумнівних вчинках. У патології це невроз нав'язливих ідей.

6. Дистимний тип (Ди).

На противагу гіпертимному типу характерна схильність до депресії, зосередженість на похмурих сторонах життя, повільність і загальмованість. Незважаючи на серйозну настроєність на справу, стимуляція життєдіяльності залишає бажати кращого. В контактах із людьми цей тип швидко стомлюється, після чого шукає самотності.

7. Циклоїдний (циклотимічний) тип (Ц).

Яскраво виражена зміна гіпертимних і дистимних фаз. Характерною є мінливість настрою, вчинків і дій без видимих причин. Звичайно гарний настрій нетривалий, поганий – більш довгостроковий, при ньому спостерігається швидке стомлення і зниження творчої активності.

8. Екзальтований тип (Е).

Цьому типу характерний широкий діапазон емоційних станів. Екзальтація (захоплено-збудливий стан) виявляється в бурхливій реакції, змінюваності напрямків активності, високій вразливості, сильній прихильності до друзів. Щире і глибоке переживання чужих проблем підсилює психічну реакцію людей цього типу акцентуації. Віруючі люди нерідко можуть впадати в релігійний екстаз.

9. Тривожний тип (Т).

Це люди меланхолічного складу з дуже високим рівнем тривожності, схильні до страхів, нерішучості, боязкості, надмірній підпорядкованості. Не дооцінюють, применшують свої здібності. За характером соромливі, лякаються відповідальності. Високий рівень тривожності нерідко супроводжується прагненням до свержкомпенсації за рахунок викиду негативних емоцій.

10. Емотивний тип (Ем).

Відрізняється підвищеною чутливістю, вразливістю і глибиною переживань. Співпереживання, м'якосердя, зворушеність, різка зміна настрою по незначних приводах – характерна риса емотивів. У любові ранимі. Не проти того, щоб їх опікували. Під впливом бурхливих подій у навколишній дійсності можливі патології аж до депресії і суїциду.

Перераховані вище типи акцентуації характеру можна об'єднати в дві великі групи, що відображають акцентуації властивостей безпосереднього характеру чи акцентуації властивостей темпераменту.

До першої групи відносяться тип, що застряє (З), збудливий (У), демонстративний (Де), педантичний (П) типи.

До другої – гіпертивний (Г), дистимний (Ди), циклоїдний (Ц), екзальтований (Е), тривожний (Т), емотивний (Ем) типи.

Типи акцентуацій першої групи відображають в основному властивості характеру, у той час як типи другої групи – особливості темпераменту і характеру, а також глибину афективних реакцій.

Опитувальник визначення акцентуацій характеру:

Інструкція: Визначте питання-твердження, з якими ви згодні. Опитувальник складається з 97 питань. Працювати потрібно досить швидко, довго не роздумуючи над кожним питанням:

1. Ваш настрій, як правило, буває ясным, непотьмареним?
2. Чи сприйнятливі ви до образ?
3. Чи буває так, що у вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, у бесіді та ін.?
4. Чи виникає у вас по закінченні якої-небудь роботи сумнів у якості її виконання і чи застосовуєте ви перевірку – чи правильно все було зроблено?
5. Чи були ви в дитинстві такі ж сміливим, як ваші однолітки?
6. Чи часто у вас бувають різкі зміни настрою (тільки що парили в хмарах від щастя, і раптом стає дуже сумтно)?
7. Чи буваєте ви під час веселощів в центрі уваги?
8. Чи бувають дні, коли ви без особливих причин буркотливі і дратівливі й усі вважають, що вас краще не чіпати?
9. Чи завжди ви відповідаєте на листи після прочитання?
10. Чи серйозна ви людина?
11. Чи здатні ви на час так сильно захопитися чим-небудь, що все інше перестає бути значимим для вас?
12. Чи заповзятливі ви?
13. Чи швидко ви забуваєте образи?
14. Чи м'якосерді ви?
15. Коли ви кидаєте лист у поштову скриньку, чи перевіряєте ви, опустилося воно туди чи ні?
16. Чи вимагає ваше честолюбство того, щоб у роботі чи навчанні ви були одним з перших?
17. Чи боялися ви в дитинстві грози чи собак?
18. Чи смієтеся ви іноді над непристойними жартами?
19. Чи є серед ваших знайомих люди, що вважають вас педантичним?

20. Чи дуже залежить ваш настрій від зовнішніх обставин і подій?
21. Чи люблять вас ваші знайомі?
22. Чи часто ви перебуваєте під владою сильних внутрішніх поривів і спонукань?
23. Ваш настрій звичайно трохи подавлений?
24. Чи траплялось вам ридати, переживаючи важке нервово потрясіння?
25. Чи важко вам довго сидіти на одному місці?
26. Чи відстоюєте ви свої інтереси, коли стосовно вас допускається несправедливість?
27. Чи хвастаетесь ви іноді?
28. Змогли б ви у випадку потреби зарізати домашню тварину чи птаха?
29. Чи дратує вас, якщо штора чи скатертина висить нерівно, чи намагаєтеся ви це виправити?
30. Чи боялися ви в дитинстві залишатися в будинку наодинці?
31. Чи часто псується ваш настрій без видимих причин?
32. Чи траплялось вам бути одним із кращих у вашій професійній діяльності?
33. Чи легко ви впадаєте в гнів?
34. Чи здатні ви бути пустотливо-веселим?
35. Чи бувають у вас стани, коли ви переповнені щастям?
36. Змогли б ви грати роль конферансьє у веселих виставах?
37. Чи брехали ви коли-небудь у своєму житті?
38. Чи говорите ви людям свої думки про них прямо в очі?
39. Чи можете ви спокійно дивитися на кров?
40. Чи подобається вам робота, коли тільки ви відповідальні за неї?
41. Чи заступаєтеся ви за людей, стосовно яких допущена несправедливість?
42. Чи турбує вас необхідність спуститися в темний погріб, увійти в порожню, темну кімнату?

43. Чи віддаєте ви перевагу діяльності, яку потрібно виконувати довго і точно, тієї, котра не вимагає великої копіткості і робиться швидко?
44. Ви дуже товариська людина?
45. Чи охоче ви в школі декламували вірші?
46. Чи збігали ви в дитинстві з будинку?
47. Звичайно ви без коливань поступаєтеся місцем у суспільному транспорті старим пасажирам?
48. Чи часто вам життя здається важким?
49. Чи траплялось вам так розстроюватись через який-небудь конфлікт, після якого ви почували себе не в змозі піти на роботу?
50. Чи можна сказати, що при невдачі ви зберігаєте почуття гумору?
51. Чи намагаєтеся ви помиритися, якщо кого-небудь скривдили? Чи віддаєте ви перевагу першим зробити кроки до примирення?
52. Чи дуже ви любите тварин?
53. Чи траплялось вам, ідучи з будинку, повертатися, щоб перевірити, чи не відбулося чого-небудь?
54. Чи турбували вас які-небудь думки, що з вами чи з вашими родичами повинне що-небудь трапилось?
55. Чи істотно залежить ваш настрій від погоди?
56. Чи важко вам виступати перед великою аудиторією?
57. Чи можете ви, коли роздратуєтесь на кого-небудь, пустити в хід руки?
58. Чи дуже ви любите веселитися?
59. Ви завжди говорите те, що думаєте?
60. Чи можете ви під впливом розчарування вдатися у відчай?
61. Чи приваблює вас роль організатора в якій-небудь справі?
62. Чи наполягаєте ви на шляху до досягнення мети, якщо зустрічається яка-небудь перешкода?
63. Чи відчуваєте ви задоволення при невдачах людей, які вам неприємні?

64. Чи може трагічний фільм схвилювати вас так, що у вас на очах виступлять сльози?

65. Чи часто вам заважають заснути думки про проблеми минулого чи про майбутню справу?

66. Чи властиво було вам у шкільні роки підказувати чи давати списувати товаришам?

67. Змогли б ви пройти в темряві один через цвинтар?

68. Ви, не роздумуючи, повернули б зайві гроші в касу, якби знайшли, що одержали їх занадто багато?

69. Чи велике значення ви додаєте тому, що кожна річ у вашому будинку повинна знаходитися на своєму місці?

70. Чи траплялось вам, лягаючи спати у відмінному настрої, наступним ранком вставати в поганому настрої, що триває кілька годин?

71. Чи легко ви пристосовуєтеся до нової ситуації?

72. Чи часто вас турбують запаморочення?

73. Чи часто ви смієтеся?

74. Чи зможете ви відноситися до людини, про якої ви поганої думки, так привітно, що ніхто не догадається про ваше дійсне відношення до нього?

75. Ви людина жива і рухлива?

76. Чи сильно ви страждаєте, коли відбувається несправедливість?

77. Ви пристрасний любитель природи?

78. Ідучи з будинку чи лягаючи спати, чи перевіряєте ви, чи закриті крани, чи погашене скрізь світло, чи замкнені двері?

79. Чи полохливі ви?

80. Чи може прийняття алкоголю змінити ваш настрій?

81. Чи охоче ви берете участь у кружках художньої самодіяльності?

82. Чи тягне вас іноді виїхати далеко від будинку?

83. Чи дивитеся ви на майбутнє небагато песимістичне?

84. Чи бувають у вас переходи від веселого настрою до тужливого?

85. Чи можете ви розважати суспільство, бути душею компанії?

86. Чи довго ви зберігаєте почуття гніву, досади?
87. Чи переживаєте ви тривалий час прикрості інших людей?
88. Чи завжди ви погоджуєтеся з зауваженнями в свою адресу, правильність яких усвідомлюєте?
89. Чи переписували ви в шкільні роки сторінки в зошиті через помарки?
90. Ви стосовно людей більше обережні, недовірливі, ніж довірливі?
91. Чи часто у вас бувають страшні сновидіння?
92. Чи бувають у вас такі нав'язливі думки, що якщо ви знайдетесь на пероні, то можете проти своєї волі кинутися під потяг, що наближається, чи можете кинутися з вікна верхнього поверху великого будинку?
93. Чи стаєте ви веселіше в компанії веселих людей?
94. Ви людина, що не думає о складних проблемах, а якщо і думає, то лише недовго?
95. Чи робите ви під впливом алкоголю раптові, імпульсивні вчинки?
96. В бесідах ви більше мовчите, ніж говорите?
97. Могли б ви, зображуючи кого-небудь, так захопитися, щоб на час забути, який ви насправді?

Аналіз результатів:

1. Робиться підрахунок відповідей, що збігаються з «ключем» до опитувальника (табл. 4) за кожним із властивостей характеру (типів акцентуації), і окремо – за показником щирості відповідей.

2. Сума балів за кожним із властивостей характеру збільшується на відповідний коефіцієнт, зазначений у ключі.

3. Якщо результат множення на коефіцієнт перевищить значення 18, то це свідчить про виразність даної акцентуації. Максимальне значення набраних балів за показником «фіксації» – 22, за іншими – 24.

4. Максимальне значення набраних балів за шкалою «щирість» складає 10. При сумі балів, що не перевищують 5, можна вважати, що відповіді досліджуваного здебільшого цілком щирі. При сумі балів 6 – 7 щирість відпові-

дей досліджуваного піддається сумніву. При значенні 8 – 10 балів відповіді визнаються недостовірними, аналіз тестування не робиться.

Таблиця 4

«Ключ» до опитувальника

Властивість характеру	Коефіцієнт	Відповіді «так»	Відповіді «ні»
Фіксація	2	2, 16, 26, 38, 41, 62, 76, 86, 90	13, 51
Збудливість	3	8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95	–
Демонстративність	2	7, 21, 24, 32, 45, 49, 71, 74, 81, 94, 97	56
Педантичність	2	4, 15, 19, 29, 43, 53, 65, 69, 78, 89, 92	40
Гіпертимність	3	1, 12, 25, 36, 50, 61, 75, 85	–
Дистимність	3	10, 23, 48, 83, 96	34, 58, 73
Циклотимність	3	6, 20, 31, 44, 55, 70, 80, 93	–
Екзальтованість	6	11, 35, 60, 84	–
Тривожність	3	17, 30, 42, 54, 79, 91	5, 67
Емоційність	3	3, 14, 52, 64, 77, 87	28, 39
Щирість відповідей	1	9, 47, 59, 68, 88	18, 27, 37, 63, 66

5. За даними тестування акцентуацій характеру робиться профіль особистості досліджуваного.

Оцінювання рівня акцентуованості особистості проводиться за «ключем», і результати відображаються на графіку.

«Ключ» до опитувальника:

1. *Демонстративність* (Дм): 7, 19, 22, 29, 41, 44, 51, 63, 66, 73, 85, 88 = 12 балів (результат помножити на 2 для нормування в 24-бальній шкалі).

2. *Педантичність* (П): 4, 14, 17, 26, 36, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83 = 12 балів (результат помножити на 2).

3. *Фіксація (ригідність)* (Ф): 2, 12, 15, 24, 34, 37, 46, 56, 59, 68, 78, 81 = 12 балів (результат помножити на 2).

4. *Збудливість* (Зб): 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86 = 8 балів (результат помножити на 3 для нормування в 24-х бальній шкалі).

5. *Гіпертимність* (Г): 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77 = 8 балів.

6. *Дистимічність* (Ди): 9, 21, 31, 43, 53, 66, 75, 87 = 8 балів.

7. *Циклотимність* (Ц): 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84 = 8 балів.

8. *Екзальтованість* (Е): 10, 32, 54, 76 = 4 бали (помножити на 6 для нормування в 24-бальній шкалі).

9. *Тривожність* (Т): 5, 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82 = 8 балів.

10. *Емотивність* (Ем): 3, 13, 25, 35, 47, 57, 69, 79 = 8 балів.

8. 16-ФАКТОРНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК Р. Б. КЕТТЕЛЛА

Опитувальник є одним з найбільш поширених анкетних методів оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості як за кордоном, так і у нас в країні. Він розроблений по керівництвом Р. Б. Кеттелла і призначений для написання широкої сфери індивідуально-особових відносин. Відмінною рисою даного опитувальника є його орієнтація на виявлення щодо незалежних 16 чинників (шкал, первинних рис) особи. Дана їх якість була виявлена за допомогою факторного аналізу з найбільшого числа поверхневих рис особи, виділених спочатку автором. Кожен чинник утворює декілька поверхневих рис, об'єднаних навколо однієї центральної межі.

Існує взагалі 4 форми опитувальника. У вітчизняній практиці найчастіше використовують форми А і С. Найбільше поширення опитувальник набув в медичній психології при діагностиці професійно важливих якостей, в спорті і наукових дослідженнях. Опитувальник включає всі види випробувань – і оцінку, і вирішення тесту, і відношення до якого-небудь явища.

Перед початком опитування пацієнту дають спеціальний бланк, на якому він повинен робити певні позначки, у міру читання. Заздалегідь дається відповідна інструкція, що містить інформацію про те, що повинен робити випробовуваний. Контрольний час випробування досягає 25 – 30 хвилин. В процесі відповідей на питання експериментатор контролює час роботи ви-

пробовуваного і, якщо випробовуваний відповідає поволі, попереджає його про це. Випробування проводиться індивідуально в спокійній обстановці.

Пропонований опитувальник складається з 105 питань на кожне з яких пропонується три варіанти відповідей (а, b, с). Випробовуваний вибирає і фіксує його на бланку відповідей. В процесі роботи випробовуваний повинен дотримуватися наступних правил: не втрачати часу на обдумування, давати відповідь, що прийшла в голову; не давати невизначених відповідей; не пропускати питань; бути щирим.

Питання групуються за змістом навколо певних рис, що виходять зрештою до тих або інших чинників.

Обробка отриманих результатів ведеться за спеціальним ключем, де надані номери питань і кількість балів, які отримують відповідь (а, b, с) в кожному питанні. У тих клітинках, де проставлена буква, що позначає чинник, кількість балів рівна нулю. Таким чином, за кожну відповідь пацієнт може отримати 2, 1 або 0 балів. Кількість балів по кожному чиннику підсумовується і заноситься в бланк відповідей (у правий стовпчик), експериментатор отримує профіль особи по 16-тьом чинниках в «сирих» оцінках. Ці оцінки переводяться в стандартні (стіни). Потім експериментатор визначає який розвиток отримав кожен чинник: низька, середня, висока, виписує риси, що характеризують ступінь їх розвитку і аналізує результати. Якщо яка-небудь з рис викликає сумнів, краще не включати її в характеристику. Щоб результати були надійними, слід підтвердити їх за допомогою інших методик або за допомогою іншої форми цього ж тесту.

Результати застосування методики дозволяють визначити психологічну своєрідність основних підструктур темпераменту і характеру. Причому кожен чинник містить не тільки якісну і кількісну оцінку внутрішньої природи людини, але і включає її характеристику з боку міжособистих відносин. Крім того, окремі чинники можна об'єднати в блоки по трьом напрямкам:

1. *Інтелектуальний блок*: чинники: **В** – загальний рівень інтелекту; **М** – рівень розвитку уяви; **Q₁** – сприйнятливість до нового радикалізму.

2. *Емоційно-вольовий блок*: чинники: **С** – емоційна стійкість; **О** – ступінь тривожності; **Q₃** – наявність внутрішньої напруги; **Q₄** – рівень розвитку самоконтролю; **G** – ступінь соціальної нормованості і організованості.

3. *Комунікативний блок*: чинники: **A** – відвертість, замкнутість; **H** – сміливість; **L** – відношення до людей; **E** – ступінь домінування – підлеглості; **Q₂** – залежність від групи; **N** – динамічність.

До деякої міри ці чинники відповідають чинникам «екстраверсії», «інтраверсії» і «нейротизму» за Г. Айзенком, а так само можуть бути інтерпретовані з погляду загальної спрямованості: на завдання, на себе, на інших.

У зв'язку з цим, дану методику можна застосовувати у поєднанні з дослідженням темпераментних якостей особистості за Айзенком (57 питань) і методиці Метикувала і Кучери, адаптованою Пейсаховим, на виявлення загальної спрямованості особистості.

16-факторний опитувальник Р. Б. Кеттелла:

Інструкція: Перед Вами питання, які допоможуть з'ясувати особливості Вашого характеру, Вашої особистості. Не існує «вірних» і «невірних» відповідей, оскільки кожен має рацію по відношенню до своїх власних поглядів. Ви повинні хотіти відповідати точно і правдиво. На початку Ви повинні відповісти на чотири питання, які дані як зразок і подивитися чи не маєте потреби Ви в додаткових роз'ясненнях. Ви повинні закреслювати відповідні Вашій відповіді квадратик на спеціальному бланку для відповіді. Існує три можливі відповіді на кожне питання.

1. Я люблю дивитися командні ігри:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

2. Я віддаю перевагу людям:

- a) стриманим
- b) важко відповісти
- c) що швидко встановлюють дружні контакти

3. Гроші не можуть принести щастя:

- a) так
- b) не знаю
- c) ні

4. Жінка знаходиться в такому ж відношенні до дитини як кішка до:

- a) кошеня
- b) собаки
- c) хлопчика

На останнє питання є правильна відповідь: «кошеня». Але таких питань дуже мало. Якщо Вам що-небудь не ясно, зверніться до експериментатора за роз'ясненнями. Не починайте без сигналу. Відповідаючи пам'ятаєте наступних чотири правила:

У Вас часу на обдумування немає. Давайте першу, природну відповідь, яка Вам прийде в голову. Звичайно, питання сформульовані дуже стисло і недетально, щоб Ви могли вибрати те, що б хотілося. Наприклад, перше питання в прикладах питає Вас про «командні ігри». Ви, можливо, більше любите футбол, чим баскетбол. Але Вас питають про «середню гру», про ту ситуацію, яка в середньому відповідає цьому випадку. Дайте найточнішу відповідь, як Ви можете. Ви повинні закінчити відповідати не пізніше, ніж за півгодини. Прагніть не захоплюватися середніми, невизначеними відповідями, за винятком тих випадків, коли. Ви дійсно не можете вибрати крайній випадок. Можливо, це буде в одному з чотирьох-п'яти питань.

Не пропускайте питань. Відповідайте хоч як-небудь на всі питання підряд. Деякі питання можуть не дуже підходити до Вас, але дайте все ж таки краще, що Ви можете запропонувати в даному випадку. Деякі питання мо-

жуть показатися дуже особистими, але пам'ятаєте, що результати не розголошуються і не можуть бути отримані без спеціального «ключа». Відповіді на кожне окреме питання не є видимими.

1. Я думаю, що моя пам'ять зараз краще, чим раніше:

- a) так
- b) важко сказати
- c) ні

2. Я міг би щасливо жити один, далеко від людей, як відлюдник:

- a) так
- b) іноді
- c) немає

3. Якби я говорив, що небо «знаходиться знизу», і що взимку «жарко», я повинен був би назвати злочинця:

- a) гангстером
- b) святим
- c) хмарою

4. Коли я лягаю спати, я:

- a) засинаю миттєво
- b) щось середнє
- c) засипаю поволі, насилу

5. Якби я вів машину по дорозі, де багато інших автомобілів, я відчував себе задоволеним:

- a) якщо залишився позаду інших машин
- b) не знаю
- c) якщо я обігнав би всі машини, що йдуть попереду

6. У компанії я даю іншим жартувати і розповідати всякі історії:

- a) так
- b) іноді

с) ні

7. Для мене важливо, щоб у всьому, що мене оточує, не було безладу.

а) вірно

б) важко сказати

с) невірно

8. Більшість людей, яких я зустрічаю на вечірці, раді мене бачити.

а) так

б) іноді

с) ні

9. Я б швидше займався:

а) фехтуванням і танцями

б) важко сказати

с) боротьбою і ручним м'ячем

10. Про себе я сміюся над тим, що існує така велика різниця тим часом, що люди роблять і тим, що вони розповідають про те.

а) так

б) іноді

с) ні

11. Коли я читаю про яку-небудь подію, я точно хочу з'ясувати як це все трапилося.

а) завжди

б) іноді

с) рідко

12. Коли друзі жартують наді мною, я зазвичай сміюся разом зі всіма і зовсім не засмучуюся.

а) вірно

б) не знаю

с) невірно

13. Коли хто-небудь грубо говорить зі мною, я можу швидко забувати про це.

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

14. Мені подобається «знаходити» нові засоби у виконанні якої-небудь роботи більше, ніж дотримуватися випробуваних, прийомів.

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

15. Коли я обдумую що-небудь, я люблю робити це без сторонньої допомоги, один.

- a) так
- b) іноді
- c) ні

16. Я думаю, що рідше говорю неправду, чим більшість людей.

- a) вірно
- b) щось середнє
- c) ні

17. Мене дратують люди, які не можуть швидко ухвалювати рішення.

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

18. Іноді, хоча і дуже недовго, я відчував ненависть до моїх батьків.

- a) так
- b) не знаю
- c) ні

19. Я б швидше розкрив би свої сокровенні думки:

- a) моїм друзям

- b) не знаю
- c) у своєму щоденнику

20. Я думаю, що протилежним за значенням словом по відношенню до протилежності слова «неточний» буде:

- a) недбалий
- b) ретельний
- c) приблизний

21. Я завжди повний енергії, коли мені це необхідно.

- a) так
- b) важко сказати
- c) ні

22. Мене більше дратують люди, які:

- a) своїми непристойними жартами вганяють інших у фарбу
- b) не знаю
- c) спізнюються на обумовлену зустріч і примушують мене хвилюватися

23. Мені дуже подобається запрошувати гостей і розважати.

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

24. Я думаю, що:

- a) деякі види робіт не можливо виконати так само ретельно, як інші
- b) важко сказати
- c) будь-яку роботу слід робити ретельно, якщо Ви взагалі за неї узялися

25. Мені завжди доводиться боротися зі своєю боязкістю.

- a) так
- b) можливо
- c) ні

26. Мої друзі частіші:

- a) питають моєї поради
- b) роблять те і інше наполовину
- c) дають мені поради

27. Якщо приятель одурює мене в дрібницях, я швидше вважаю за краще зробити вигляд, що не відмітив цього, чим викривати його.

- a) так
- b) іноді
- c) ні

28. Мені подобається друг, який:

- a) має дію і практичні інтереси
- b) не знаю
- c) серйозно обдумує погляди на життя

29. Я гарячуся, коли чую, що інші висловлюють ідеї, протилежні тим, в які я твердо вірю.

- a) вірно
- b) важко відповісти
- c) невірно

30. Мене хвилюють мої минулі вчинки й помилки.

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

31. Якби я однаково добре умів і те і інше, я вважав це за краще.

- a) грати в шахи
- b) важко сказати
- c) грати в городки

32. Мені подобаються товариські люди компаній.

- a) так
- b) не знаю
- c) ні

33. Я настільки обережний і практичний, що зі мною трапляються менше неприємностей, несподіванок, чим з іншими людьми.

- a) так
- b) важко сказати
- c) ні

34. Я можу забути про свої турботи і обов'язки, коли мені це необхідно.

- a) так
- b) іноді
- c) ні

35. Мені важко визнати, що я не маю рації.

- a) так
- b) іноді
- c) ні

36. На заводі було б цікаво:

a) працювати з машинами і механізмами і брати участь в основному виробництві

- b) важко сказати
- c) розмовляти з іншими і приймати їх на роботу

37. Яке слово не пов'язане з іншими двома:

- a) кішка
- b) близько
- c) сонце

38. Те, що в деякій мірі відволікає мене, моя увага:

- a) дратує мене
- b) щось середнє
- c) не турбує

39. Якби у мене були багато грошей, я:

- a) поклопотався б про те, щоб не викликати до себе заздрість
- b) не знаю

с) жив би не утруднюючи себе ні в чому

40. Гірше покарання для мене:

а) важка робота

б) не знаю

с) бути замкнутим наодинці

41. Люди винні більше, ніж вони роблять зараз, вимагати дотримання законів моралі.

а) так

б) іноді

с) ні

42. Мені говорили, що дитиною я був швидше:

а) спокійним і любив залишитися один

б) не знаю

с) життєрадісний і завжди активний

43. Мені подобається практична повсякденна робота з різними установками і машинами.

а) так

б) важко сказати

с) ні

44. Я думаю, що більшість свідків говорять правду, навіть якщо це утрудняє їх.

а) так

б) важко сказати

с) ні

45. Якби я розмовляв з незнайомою людиною, я швидше:

а) обговорював би з ним політичні і суспільні погляди

б) не знаю

с) хотів би почути від нього декілька нових анекдотів

46. Я прагну сміятися над жартами не так голосно, як це робить більшість людей

- a) вірно
- b) не знаю
- c) ні

47. Я ніколи не відчуваю себе таким нещасним, що хочу плакати.

- a) вірно
- b) не знаю
- c) ні

48. У музиці я насолоджуюся:

- a) маршами у виконанні військових оркестрів
- b) не знаю
- c) типове соло

49. Я швидше вважав за краще провести два літні місяці:

- a) у селі одним або з двома друзями
- b) не знаю
- c) очолюючи групу в туристичних таборах

50. Зусилля, витрачені на складання попередніх планів:

- a) ніколи не зайвий
- b) важко сказати
- c) не коштує це

51. Необдумані вчинки і вислови моїх приятелів не кривдять мене і не роблять нещасним.

- a) вірно
- b) іноді
- c) невірно

52. Коли мені все вдається, я знаходжу ці справи легенькими:

- a) вірно
- b) іноді

с) невірно

53. Я вважав за краще б швидше працювати:

а) у установі, де мені б довелося б керувати людьми і весь час бути серед них

б) важко відповісти

с) архітектором, працюючи над своїми проектами в тихій кімнаті

54. «Будинок» так відноситься до «кімнати», як «дерево» до:

а) лісу

б) рослині

с) листу

55. Те, що я роблю, у мене виходить:

а) рідко

б) іноді

с) часто

56. У більшості справ я:

а) вважаю за краще ризикнути

б) не знаю

с) вважаю за краще діяти напевно

57. Деякі люди вважають, що я голосно говорю:

а) швидше за все це так

б) не знаю

с) думаю немає

58. Я захоплююся більше:

а) людиною розумною, але ненадійною і непостійною

б) важко сказати

с) людиною з середніми здібностями, але що уміє протистояти усіляким спокусам

59. Я ухвалюю рішення:

- a) швидше, ніж багато людей
- b) не знаю
- c) повільніше, ніж багато людей

60. На мене справляє велике враження:

- a) майстерність і витонченість
- b) не знаю
- c) сила і потужність

61. Я вважаю, що я людина схильна до співпраці:

- a) так
- b) щось середнє
- c) ні

62. Мені подобатися говорити з вишуканою, витонченою людиною, чим з відвертим і прямолінійним:

- a) так
- b) не знаю
- c) ні

63. Я вважаю за краще:

- a) вирішувати питання, що стосуються особисто мене сам
- b) важко відповісти
- c) обговорювати з моїми друзями

64. Якщо людина не відповідає відразу ж, коли я що-небудь говорю йому, то я відчуваю, що повинне бути, сказав яку-небудь дурість:

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

65. У шкільні роки я більше всього дізнався:

- a) на уроках
- b) важко сказати
- c) читаючи книги

66. Я уникаю роботи в громадських організаціях, і пов'язаною з цим відповідальністю:

- a) вірно
- b) іноді
- c) невірно

67. Коли питання дуже важке, який треба вирішити, і вимагає багато зусиль, я стараюся:

- a) зайнятися іншим питанням
- b) важко відповісти
- c) ще раз спробувати вирішити це питання

68. У мене виникають сильні емоції: тривога, гнів, напади сміху і так далі здавалося б, без певної причини:

- a) так
- b) іноді
- c) немає

69. Іноді мій розум працює не так ясно, як в інший час:

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

70. Я щасливий зробити людині позику, погодившись призначити зустріч з ним на якийсь час, зручне для нього, навіть це трохи незручно для мене.

- a) так
- b) іноді
- c) ні

71. Я думаю, що правильне число, яке повинне продовжити ряд 1, 2, 3, 4, 5, 6.

- a) 10
- b) 5

с) 7

72. Іноді у мене бувають нетривалі напади нудоти та запаморочення без певної причини:

- a) так
- b) не знаю
- c) ні

73. Я вважаю за краще швидше відмовитися від свого замовлення, чим доставити офіціантові зайвий неспокій:

- a) так
- b) не знаю
- c) ні

74. Я живу сьогоднішнім днем більшою мірою, чим інші люди:

- a) вірно
- b) не знаю
- c) невірно

75. На вечірці мені доведеться:

- a) брати участь в цікавій бесіді
- b) важко відповісти
- c) дивитися як, люди відпочивають і, відпочивати розслабившись са-

мому

76. Я висловлюю свою думку незалежно від того, скільки людей можуть його почути:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

77. Якби я міг перенестися в минуле, я б хотів зустрітися:

- a) з Колумбом
- b) не знаю
- c) з Шекспіром

78. Я вимушений утримувати себе від того, щоб не залагоджувати чужі справи:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

79. Працюючи в магазині, я вважав за краще б:

- a) оформляти вітрини
- b) не знаю
- c) бути касиром

80. Якщо люди про мене погано думають, це мене не хвилює:

- a) так
- b) важко сказати
- c) ні

81. Якщо я бачу, що мій старий друг холодний зі мною і уникає мене, я зазвичай:

- a) відразу ж думаю: «у нього поганий настрій»
- b) не знаю
- c) турбуюся про те, який невірний вчинок я зробив

82. Всі нещастя відбуваються із-за людей:

a) які прагнуть у все внести зміни, хоча вже існує задовільний спосіб вирішення цих питань

- b) не знаю
- c) які відкидають нові, багатообіцяючі пропозиції

83. Я отримую велике задоволення, розповідаючи місцеві новини:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

84. Акуратні вимогливі люди не уживаються зі мною:

- a) вірно

- b) іноді
- c) невірно

85. Я думаю, що я менш дратівливий, чим більшість людей:

- a) вірно
- b) іноді
- c) невірно

86. Я можу легше не зважати на людей, чим вони зі мною.

- a) вірно
- b) іноді
- c) невірно

87. Буває, що весь ранок у мене виникає небажання з ким-небудь говорити:

- a) вірно
- b) іноді
- c) ніколи

88. Якщо стрілки годинника зустрічаються кожні 65 хвилин, відміряних по точному годиннику, то цей годинник:

- a) відстає
- b) йде правильно
- c) поспішає

89. Мені буває нудно:

- a) часто
- b) іноді
- c) рідко

90. Люди говорять, що мені подобається робити все своїм власним засобом:

- a) вірно
- b) іноді
- c) невірно

91. Я вважаю, що потрібно уникати зайвих хвилювань, тому що вони стомлюють мене:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

92. Удома у вільний час, я:

- a) базікаю і відпочиваю
- b) важко відповісти
- c) займаюся справами, що цікавлять мене

93. Я боязко і обережно відношуся до зав'язування дружніх взаємин з іншими новими людьми:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

94. Я вважаю, щось, що говорять люди віршами, можна також точно виразити прозою:

- a) так
- b) важко сказати
- c) ні

95. Я підозрюю, що люди, які відносяться до мене дружньо, можуть виявитися зрадниками за моєю спиною:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

96. Я думаю, що навіть найдраматичніші події через рік, вже не залишають в душі ніяких наслідків:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

97. Я думаю, що цікаво було б бути:

- a) натуралістом і працювати з рослинами
- b) не знаю
- c) страховим агентом

98. Я схильний до безпричинного страху і огиди до деяких речей, наприклад, до певних тварин, місць і т.д.:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

99. Я люблю думати над тим, як можна було б поліпшити мир:

- a) так
- b) важко сказати
- c) ні

100. Я віддаю перевагу іграм:

- a) де треба грати в команді або мати партнера
- b) не знаю
- c) де кожен грає сам за себе

101. Вночі мені сняться фантастичні сни

- a) так
- b) іноді
- c) ні

102. Якщо я залишаюся в будинку один, то через деякий час відчуваю тривогу і страх:

- a) так
- b) іноді
- c) ні

103. Я можу обдурити людей своєю дружньою прихильністю, коли насправді вони мені не подобаються:

- a) так

b) іноді

c) ні

104. Яке слово не належить двом іншим?

a) думати

b) бачити

c) чути

105. Якщо мати Марії є сестрою отця Олександра, то ким є Олександр по відношенню до отця Марії?

a) двоюрідним братом

b) племінником

c) дядьком

Таблиця 5

Переклад сирих оцінок в стандартні (стіни)

Фактор	Стіни									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Низькі			Середні				Високі		
A	0-4	5	6	7	8	-	9	10	11	12
B	0-2	-	3	-	4	-	5	6	-	7-8
C	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
E	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
F	0-1	-	3	4	5	6	7	8	9	10-12
G	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
H	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
I	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
L	0-1	2	-	3	4	-	5	6	7	8-12
M	0-3	-	4	5	6	7	8	9	10	11-12
N	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
O	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
Q ₁	0-4	5	6	-	7	8	9	10	11	12
Q ₂	0-2	3	-	4	5	6	7	8	9	10-12
Q ₃	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	11-12
Q ₄	0-1	2	3	4	5	6-7	8	9	10	11-12

Інтерпретація результатів:

Чинник А

А +

Відвертість

готовий до співпраці, привітний, лагідний, уважний до людей, природний в обігу.

А –

Замкнутість

холодний, замкнутий, скептичний, негнучкий у відносинах з людьми, твердий, безкомпромісний

Чинник В

В +

Розвинене мислення

кмітливий, вміє аналізувати ситуації, здібний до осмислених висновків, інтелектуальний, культурний

В –

Обмежене мислення

труднощі в навчанні, в умінні аналізувати і узагальнювати матеріали, легко здається, зіткнувшись із труднощами

Чинник С

С +

Емоційна стабільність

спокійний, зрілий, впевнений, плотський постійний, не боїться складних ситуацій, емоційно нестійкий

С –

Емоційна нестійкість

нетерпимий, нетерплячий дратівливий, схильний до заклопотаності і засмучень, відкладає вирішення складних питань

Чинник Е

Е +

Незалежність

пробивний, самовпевнений, твердий, серйозний, непоступливий, оригінальний, неподатливий, сам для себе є «законом»

Е –

Податливість

м'який, поступливий, залежний, ласкавий, м'якосердий, дає волю відчуттям, легко впадає в сум'яття, соромливий, конформний

Чинник F

F +

Безпечність

безтурботний, імпульсний, балакучий, веселий, радісний, живий, готовий реагувати, проявляти відчуття

F –

Заклопотаність

серйозний, поглиблений в собі, стурбовано-задумливий, песиміст, стриманий, розсудливий, під самоконтролем

Чинник G

G +

Свідомість

витриманий, рішучий, обов'язковий, відповідальний, завжди готовий до дії, ґрунтовний, наполегливий в досягненні мети, соціально-нормований, виражена сила «Супер-Его»

G –

Безпринципність

недбалий, легковажний, ненадійний, непостійний, легко здається, зіткнувшись з труднощами створює перешкоди і труднощі, з претензіями, не зв'язує себе правилами

Чинник Н

Н +

Сміливість

авантюрний, легко знайомиться з людьми, реактивний, бадьорий

Н –

Соромливість

нерішучий, йде в себе

Чинник І

І +

Чуттєвість

нетерпимість, залежний від інших, такий, що шукає допомоги, привітний, з багатою фантазією, що вимагає уваги інших, іпохондрик, боязливий мрійливий, витончений, непрактичний

І –

Твердість

реаліст, сподівається на себе, бере на себе відповідальність, суворий, жорсткий, діє по практичних міркуваннях, самостійний, буває цинічний, нечутливий до свого фізичного стану, скептик, самовпевнений

Чинник L

L +

Підозрілість

ревнивий, замкнутий, задумливий, твердий, подразник, зайва зарозумілість, направлений на «себе», незалежний

L –

Довірливість

дружній, щирий, відкритий, такий, що розуміє, поблажливий, м'якосердий, спокійний, благодушний, не заздрисний, уміє ладнати з людьми

Чинник М

М +

Богеминість

поглиблений в себе, такий, що цікавиться мистецтвом, теорією, сенсом життя, багата уява, безпорадний в практичних справах, переважно веселий, не виключені істеричні аномалії, в колективі конфліктний, не обумовлений обставинами

М –

Практичність

що цікавиться фактами, обумовлений обставинами, жива реакція на практичні питання, інтереси звужені на безпосередній успіх, спонтанно нічого що не робить, реалістичний, надійний, серйозний, дбайливий, але дуже постійно орієнтований на зовнішню реальність, загальноприйняті норми, приділяє увагу дрібницям, але іноді не вистачає творчої уяви

Чинник N

N+

Витонченість

вишукано-витончений, рафінований, під самоконтролем, естетично розбірливий, світський, розуміє себе, розуміє інших, честолюбний, декілька невпевнений, незадоволений

N –

«Простота»

простий без «блиску», відкритий, гарячий, спонтанний в поведінці, в суспільстві, простий смак, відсутній самоаналіз, не аналізує мотиви поведінки інших, задоволений тим що має

Чинник O

O +

Схильність до відчуття провини
боязливий, невпевнений, тривожний, стурбований, депресивний, чуйний, легко впадає в розгубленість, сильне відчуття довга, занадто дбайливий, повний страхів, схильний до настрою, часті погані передчуття

O –

Спокійна самовпевненість
вірний в себе, спокійний, уміє «потішитися», упертий, бачить сенс в доцільності, неохайний, безстрашний, живе простими справами, нечутливий до думки про себе

Чинник Q₁

Q₁ +

Радикалізм
інтелектуальні інтереси і сумніви з приводу фундаментальних проблем, скептицизм, прагнення подивитися існуючі принципи, схильність до експериментування і нововведень

Q₁ –

Консерватизм
прагнення до підтримки встановлених понять, норм, принципів, традицій, сумнів в нових ідеях, заперечення необхідності змін

Чинник Q₂

Q₂ +

Самостійність
віддає перевагу власній думці, незалежний в поглядах, прагне до самостійних рішень і дій

Q₂ –

Залежність від групи
конформен, залежний від чужої думки, віддає перевагу ухваленню рішення разом з іншими людьми, орієнтований на соціальне схвалення

Чинник Q₃

Q₃ +

Самоконтроль, сильна воля
дисциплінованість, точність у виконанні соціальних вимог, хороший контроль за своїми емоціями, турбота про свою репутацію

Q₃ –

Недолік самоконтролю
внутрішня конфліктність, низький самоконтроль, недисциплінованість, недотримання правил, спонтанність в поведінці, підлеглість своїм пристрастям

Чинник Q₄

Q₄ +

Внутрішня напруженість
збуджений, схвильований, напружений, дратівливий, нетерплячий, надлишок спонук, що не знаходять розрядки

Q₄ –

Розслабленість
флегматичність, релаксація, млявість, лінь, розслаблення, недостатня мотивація, не цілком виправдана задоволеність

9. МЕТОДИКА «Q-СОРТУВАННЯ» В. СТЕФАНСОНА

Загальна мета цієї методики полягає у вивченні уявлень пацієнта про себе. Може бути також використана для визначення «ідеального «Я» або уявленні про те, якою людиною бачать інші. Дані параметри можуть бути досліджені на підставі аналізу 6 тенденцій поведінки в групі: залежність, незалежність, товариськість, нетовариськість, ухвалення боротьби і ухилення від боротьби.

Методика складається з 60 висловів і може бути пред'явлена випробовуваному у вигляді списку або окремих карток. Пропонується ознайомитися з твердженням і відповісти «так», якщо воно відповідає його уявленню про себе, або «ні», якщо воно не підходить його уявленню. У виняткових випадках дозволяється відповісти «сумніваюся». Відповіді фіксуються у реєстраційному бланку. У разі використання карток випробовуваний розкладає їх залежно від відповіді на три групи.

Ключ для обробки результатів:

1. Залежність	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 54
2. Незалежність	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 57, 60
3. Товариськість	5, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 52
4. Нетовариськість	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 55, 58
5. Ухвалення «боротьби»	1, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 56, 59
6. Уникнення «боротьби»	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 53

Відповіді, згідно ключу, розподіляються по шістьох тенденціях. Підраховується частота прояву кожної з тенденцій. Причому кількість відповідей «так» по одній з тенденцій підсумовується з кількістю відповідей «ні» по полярній тенденції, в зв'язаній парі. Наприклад, кількість позитивних відповідей за шкалою «залежність» складається з кількістю негативних відповідей за шкалою «незалежність».

Тенденція до залежності розуміється як внутрішнє прагнення індивіда до ухвалення групових норм, стандартів і морально-етичних цінностей. Тен-

денція до товариськості свідчить про контактність, прагнення утворювати емоційні зв'язки як в своїй групі, так і за її межами. Тенденція до ухвалення «боротьби» розглядається як активне прагнення до досягнення вищого статусу в системі міжособистих відносин. Протилежна тенденція – ухилення від «боротьби» свідчить про прагнення піти від взаємодії, зберегти нейтралітет в групових спорах і конфліктах, схильність до компромісних рішень. Кожна з цих тенденцій, мабуть має внутрішню і зовнішню характеристику, тобто може бути внутрішньо властивою індивідові, а може бути зовнішньою, своєрідною «маскою», що приховує дійсне обличчя людини. Якщо отримане число, про яке мовилося вище, наближається до 20, то можна говорити про дійсне переважання тієї або іншої стійкої тенденції, властивої індивідові і що виявляється не тільки в певній групі, але і за її межами. У випадку, якщо кількість відповідей «так» однієї тенденції виявляється рівною кількості позитивних відповідей по протилежній тенденції (наприклад, залежність-незалежність), то таке положення може говорити про наявність внутрішнього конфлікту особи, яка знаходиться у владі однакових виражених протилежних тенденцій.

3 – 4 відповіді «сумніваюся» по окремих тенденціях розглядаються як ознака нерішучості, ухильності, астенічності, проте в інших випадках це може свідчити про відому вибірковість в поведінці, про тактичну гнучкість, стенічності. Ці якості можна верифікувати, аналізуючи їх сукупності з іншими особовими якостями.

З метою вивчення «ідеального «Я» пацієнта або його уявлення про те, яким його бачать інші, проводиться повторне дослідження, хід якого ідентичний вище описаному. Інструкція, що пред'являється фахівцем, коректується залежно від мети дослідження.

Приклад інструкції: «До Вашої уваги пропонується 60 тверджень, що стосуються поведінки людини в групі. Прочитайте послідовно кожне з них і відповідайте «так», якщо воно відповідає вашому уявленню про себе, або «ні», якщо не відповідає йому».

Методика «Q-сортування» В. Стефансона:

1. Я критичний до товаришів.
2. У мене виникає тривога, коли в групі починається конфлікт.
3. Я схильний слідувати порадам лідера.
4. Я не схильний створювати дуже близькі відносини з товаришами.
5. Мені подобається дружність в групі.
6. Я схильний суперечити лідерові.
7. Випробовую симпатію до одному-двом певним товаришам.
8. Уникаю зустрічей і зборів в групі.
9. Мені подобається похвала лідера.
10. Я незалежний в думках і манері поведінки.
11. Я готовий встати на чию-небудь сторону в спорі.
12. Я схильний керувати товаришами.
13. Радію спілкуванню з одним-двома друзями.
14. При появі ворожості з боку членів групи я зовні спокійний.
15. Я схильний підтримувати настрій всієї групи.
16. Не надаю значення особистим якостям членів групи.
17. Я схильний відволікати групу від її цілей.
18. Випробовую задоволення, протиставляючи себе лідерові.
19. Хотів би зближуватися з деякими членами групи.
20. Вважаю за краще залишатися нейтральним в спорі.
21. Мені подобається, коли лідер активний і добре керує.
22. Вважаю за краще холоднокровно обговорювати розбіжності.
23. Я недостатньо стриманий у виразі почуттів.
24. Прагну згуртувати навколо себе однодумців.
25. Незадоволений дуже формальним (діловим) відношенням.
26. Коли мене звинувачують, я втрачаюся і мовчу.
27. Вважаю за краще погоджуватися з основними напрямками в групі.
28. Я прив'язаний до групи в цілому більше, ніж до певних товаришів.
29. Я схильний затягувати і загострювати суперечку.
30. Прагну бути в центрі уваги.

31. Я хотів би бути членом вужчої групи.
32. Я схильний до компромісів.
33. Випробовуюю неспокій, коли лідер діє всупереч моїм очікуванням.
34. Хворобливо ставлюся до зауважень друзів.
35. Можу бути підступним і вкрадливим.
36. Я схильний прийняти на себе керівництво в групі.
37. Я відвертий в групі.
38. У мене виникає неспокій під час групової розбіжності.
39. Вважаю за краще, щоб лідер брав на себе відповідальність при плануванні робіт.
40. Я не схильний відповідати на прояви дружелюбності.
41. Я схильний сердитися на товаришів.
42. Я намагаюся вести інших проти лідера.
43. Легко знаходжу знайомства за межами групи.
44. Прагну уникати бути втягнутим в суперечку.
45. Легко погоджуюся з пропозиціями інших членів групи.
46. Чиню опір утворенню угруповань в групі.
47. Коли роздратований, я глузливий і іронічний.
48. У мене виникає неприязнь до тих, хто намагається виділитися.
49. Віддаю перевагу меншій, але більш інтимній групі.
50. Намагаюся не показувати свої дійсні почуття.
51. Стаю на бік лідера в групових розбіжностях.
52. Я ініціативний у встановленні контактів в спілкуванні.
53. Уникаю критики товаришів.
54. Вважаю за краще звертатися до лідера частіше, ніж до інших.
55. Мені не подобатися, що відносини в групі дуже фамільярні.
56. Люблю затівати спори.
57. Прагну утримати своє високе положення в групі.
58. Я схильний втручатися в контакти знайомих і порушувати їх.
59. Я схильний до перестрілок, задиристий.
60. Я схильний виражати незадоволеність лідером.

10. МІНЕСОТСЬКИЙ БАГАТОПРОФІЛЬНИЙ ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК (ММРІ)

Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ММРІ) запропоновано С. Хатхеєм і Дж. Маккінлі у 1940 році. Даний тест є реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості і займає провідне місце серед інших особистісних опитувальників в психодіагностичних дослідженнях (бібліографія складає близько 4000 назв).

Опитувальник складається з 566 тверджень, що утворюють 10 основних діагностичних шкал. На кожне з тверджень обстежувани (особи у віці від 16 років і старше з інтелекту коефіцієнтом не нижче 80) повинні дати відповідь: «вірно», «невірно», «не можу сказати». Відповідь, що співпадає з «ключем», оцінюється в 1 бал. Можливі різні варіанти пред'явлення тверджень, зазвичай це робиться за допомогою карток, які обстежуваний розкладає на три групи відповідно зі своєю відповіддю. Отримані дані заносяться експериментатором в стандартний реєстраційний бланк, в якому зазначаються також відомості про обстежуваному і час, витрачений на розкладку карток. Завершується обстеження побудовою «профілю особистості», який викреслюється на спеціальних бланках (два види – для чоловіків і жінок), де бальні оцінки переводяться в стандартні, T-оцінки із середнім значенням 50 і стандартним відхиленням 10. Для прискорення інтерпретації структури показників, економного опису «профілю» використовується система його числового кодування. Для цього шкали записуються за їх цифрового позначення (див. нижче) у такому порядку, щоб на першому місці опинилася шкала з найбільш високими показниками, а потім – решта в міру зниження.

Основні клінічні шкали опитувальника:

1. *Шкала іпохондрії (HS)* – визначає «близькість» обстежуваного до астеноневротичного типу особистості.

2. *Шкала депресії (D)* – призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту (гіпотимічний тип особистості):

3. *Шкала істерії (Hy)* – розроблена для виявлення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсійного типу (використання симптомів фізичного захворювання як засіб вирішення складних ситуацій).

4. *Шкала психопатії (Pd)* – спрямована на діагностику соціопатичного типу особистості.

5. *Шкала мужності-жіночності (Mf)* – призначена для вимірювання ступеня ідентифікації обстежуваного з роллю чоловіка або жінки, що пропонується суспільством.

6. *Шкала параної (Pa)* – дозволяє судити про наявність «надцінних» ідей, підозрливості (паранояльний тип особистості).

7. *Шкала психастенії (Pt)* – встановлює подібність обстежуваного з хворими, що страждають фобіями, нав'язливими діями і думками (тривожно-недовірливий тип особистості).

8. *Шкала шизофренії (Sc)* – спрямована на діагностику шизоїдного (аутичного) типу особистості.

9. *Шкала гіпоманії (Ma)* – визначається ступінь «близькості» обстежуваного гіпертимному типу особистості.

10. *Шкала соціальної інтроверсії (Si)* – діагностика ступеня відповідності інтровертованого типу особистості.

Особливості оцінних шкал:

1. Шкала «?» – шкалою може бути названа умовно, тому що не має віднесених до неї тверджень. Реєструє кількість тверджень, які пацієнт не зміг віднести ні до «вірних», ні до «невірних».

2. Шкала «брехні» (L) – призначена для оцінки щирості обстежуваного.

3. Шкала вірогідності (F) – створена для виявлення недостовірних результатів (пов'язаних з недбалістю обстежуваного), а також агравації і симуляції.

4. Шкала корекції (K) – введена для того, щоб згладити спотворення, що вносяться надмірної недоступністю і обережністю обстежуваного.

Співвідношення між показниками, отриманими за цими шкалами, дозволяють судити про достовірність результатів обстеження.

Для складання тверджень автори використовували скарги хворих, опису симптоматики тих чи інших психічних захворювань у клінічних посібниках (класифікація психічних захворювань, запропонована Е. Крепеліном), раніше розроблені опитувальники. Спочатку твердження були пред'явлені значній групі здорових людей, що дозволило визначити їх нормативні показники. Потім ці показники були зіставлені з даними, отриманими при обстеженні різних клінічних груп. Так були відібрані твердження, які достовірно диференціювали здорових і кожен з вивчених груп хворих. Ці твердження об'єднали в шкали, названі відповідно до клінічної групою, за якою та чи інша шкала була валідизована.

При інтерпретації отриманих результатів виходять з того, що будь-який показник, рівний 70 Т або вище (пік «профілю»), приймається як нормативний для виявлення патологічних відхилень. У той же час необхідно враховувати, що значення одного і того ж показника як «патологічного» може змінюватися від шкали до шкали. Слід уникати буквальної інтерпретації шкал опитувальника; зокрема, не можна вважати, що високий показник за шкалою шизофренії вказує на її наявність. Автори підкреслюють, що за допомогою шкал ММРІ «вимірюється» не, скажімо, істерія, а симптоми, притаманні особам з даними психічним розладом. На особливості «профілю особистості» впливають вік, стать, освіта обстежуваного, його ставлення до процедури тестування і деякі інші змінні. Будь-яка гіпотеза, яка виходить із інтерпретації провідних піків профілю, повинна бути підтверджена показниками інших шкал. Неодноразово проводився факторний аналіз даних опитування в різних групах (В. Далстром і Г. Уелш, 1965; Ю. М. Забродін зі співавт., 1987) дозволив виділити поряд з іншими фактори, близькі «нейротизму» і «екстраверсії». Валідність тесту, встановлена на основі диференціації клінічних груп, досить висока. Коефіцієнт ретестової надійності шкал, за даними В. Далст-

рома і У. Велша, в різних групах обстежених коливається від 0,05 до 0,86 і в середньому становить 0,50 – 0,80.

Крім основних та оціночних шкал на базі тверджень ММРІ створено безліч додаткових шкал (близько 500). Наприклад, шкала академічних здібностей, алкоголізму, соціальної відповідальності, ригідності і т. д. Важливу роль при інтерпретації «профілю особистості» грають ті додаткові шкали, за допомогою яких конкретизуються, уточнюються результати основних. Так, шкала депресії має такі додаткові шкали: D1 – суб'єктивної депресії; D2 – психомоторної загальмованості; D3 – фізичної слабкості; D4 – психологічної скутості; D5 – похмурої похмурості.

Як показує досвід, методика в основному розрахована на обстеження контингенту дорослих осіб (від 16 до 80 років) із закінченим початковою освітою (7 – 8 класів середньої школи) з збереженим інтелектом. Адаптація та рестандартизація ММРІ у вітчизняних умовах проводилася протягом 1968 – 1984 років. Велика робота проведена з перекладу та адаптації тексту тверджень. Значимість деяких з них має виражені відмінності залежно від культурно-етнічних особливостей популяції. Статистична обробка даних та порівняльний аналіз результатів психодіагностичного дослідження з даними об'єктивного спостереження (часом – багаторічного) підтвердили надійність методики і широкий спектр її можливостей, особливо у сфері вивчення індивідуально-особистісних властивостей.

Вся подальша інформація за методикою ММРІ (матеріал, ключі, інтерпретація) представлені на основі даних Л. М. Собчик.

Методика пред'являється пацієнту у вигляді книжечки-буклета, що містить 566 тверджень. В опитувальнику наводяться не питання, а твердження. Це пояснюється тим, що людина більш широ відповідає на цікаві для фахівця питання, якщо вони звучать у формі твердження. У такій ситуації людина почуває себе аналізуючим своє «Я» як би наодинці з самим собою і це сприяє більшій відвертості, ніж питальна форма, яка звучить як допит.

Процедура обстеження вимагає дотримання наступних умов. Випробуваний не повинен відчувати настороженості щодо цілей дослідження, він може претендувати на певну інформацію про результати тестування; експериментатор зобов'язаний в першу чергу дотримуватися інтересів обстежуваної людини і ніколи не інтерпретувати дані обстеження йому на шкоду, тому що роль психолога в суспільстві в основному зводиться до захисту людини у всіх сенсах цього слова.

Інструкція: Вам буде пред'явлена ціла серія різних тверджень. Оцінюючи кожне з них не витрачайте багато часу на роздуми. Найбільш природна перша безпосередня реакція. Уважно вчитуйтеся в текст, дочитуючи до кінця кожне твердження і оцінюючи його як вірне або невірне по відношенню до Вас. Намагайтеся відповідати щиро, інакше Ваші відповіді будуть розпізнані як недостовірні і опитування доведеться повторити. Розбирайтеся з опитувальником як би наодинці з самим собою – «Який я насправді?». Тоді Вам буде цікава інтерпретація отриманих даних. Вона стосується лише особливостей Вашого темпераменту і описує Ваші стійкі професійно важливі якості. Якщо Ваша відповідь – «вірно», то поставте хрестик у реєстраційному листі над відповідним опитувальником номером. Звертайте увагу на твердження з подвійними запереченнями (наприклад, «У мене ніколи не було випадків із судомами»: якщо не було, то Ваша відповідь – «вірно», і, навпаки, якщо це з Вами було, то відповідь «так»).

Деякі твердження в опитувальнику вимагають від Вас – «Обведіть номер цього твердження кружечком». У цьому випадку в реєстраційному листі номер, що відповідає цьому твердженню слід в реєстраційному листі обвести кружечком (це ті твердження, які в процесі стандартизації виявилися баластними і не включаються до загального автоматизованій обрахування).

Якщо деякі твердження викликають великі сумніви, орієнтуйтеся у Вашій відповіді на те, що все-таки імовірно більше властиво Вам. Якщо твердження вірно по відношенню до Вас в одних ситуаціях і невірні в інших, то зупиніться на тому відповіді, який більше підходить зараз. Лише в крайньому

випадку, якщо твердження до Вас взагалі не підходить, Ви можете номер цього твердження на реєстраційному листі обвести кружечком. Однак надлишок кружків у реєстраційному листі також призведе до невірогідності результатів.

Відповідаючи навіть на досить інтимні питання, не соромтеся, так як Ваші відповіді ніхто не стане читати і аналізувати: вся обробка даних ведеться автоматично. Експериментатор не має доступу до конкретних відповідей, отримуючи результати лише у вигляді узагальнених показників, які можуть виявитися цікавими і корисними для Вас.

01. Я люблю читати науково-технічну літературу.
02. У мене гарний апетит.
03. Вранці я зазвичай прокидаюся свіжим (ою) і відпочив (шою).
04. Думаю, що робота бібліотекаря мені б сподобалася.
05. Я легко прокидаюся від шуму.
06. Мої руки і ноги достатньо теплі.
07. Я люблю читати примітки в газетах про злочини.
08. Моя повсякденне життя заповнена справами, які мені цікаві.
09. Зараз моя працездатність не гірше, ніж завжди.
10. Мені часто здається, що в мене комок у горлі.
11. Я вірю, що сні завжди збуваються.
12. Мені подобаються детективні розповіді і таємничі історії.
13. Робота дається мені ціною великої напруги.
14. Раз на місяць або частіше у мене буває пронос.
15. Іноді мені в голову приходять такі думки, що краще про них нікому не розповідати.
16. Доля несправедлива до мене.
17. Мій батько – хороша людина.
18. Запори бувають у мене дуже рідко.

19. Вступаючи на нову роботу, я дізнаюся, чийого розташування мені варто домагатися.
20. Моє статеве життя задовільне.
21. Часом мені дуже хотілося б покинути будинок.
22. Часом у мене бувають напади сміху або плачу, які важко стримати.
23. Мене турбують напади нудоти і блювоти.
24. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
25. Я хотів (ла) би бути співаком (співачкою).
26. Якщо я потрапив (а) в біду, то найкраще мені мовчати.
27. Часом наче злий дух вселяється в мене.
28. Якщо зі мною поводяться несправедливо, я повинен (а) відплатити за це просто з принципу.
29. Декілька разів на тиждень мене турбує печія.
30. Часом мені так і хочеться вилятися.
31. Два-три рази в тиждень мені сняться кошмарні сни.
32. Я помічаю, що мені стало важко зосередитися на будь-якої задачі або роботі.
33. У мене бували дуже дивні і незвичайні переживання.
34. Я дуже часто кашляю.
35. Якби люди не були налаштовані проти мене, то я досяг (ла) би в житті набагато більшого.
36. Я рідко турбуюся про своє здоров'я.
37. У мене були відсутні неприємності через мою поведінку, пов'язаного з сексуальним життям.
38. У дитинстві я один час здійснював (ла) дрібні крадіжки.
39. Буває, у мене з'являється бажання крушити і ламати все навколо.
40. Мені б більше сподобалося сидіти і мріяти, ніж що-небудь робити.
41. Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг (ла) робити, бо не міг змусити себе взятися за роботу.

42. Моя родина з несхваленням відноситься до тієї роботи, яку я вибрав (а) (або збираюся вибрати).
43. Сон у мене переривчастий і неспокійний.
44. Велику частину часу у мене болить голова.
45. Іноді я кажу неправду.
46. Мій розум зараз працює краще, ніж будь-коли.
47. Раз на тиждень або частіше я без видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
48. Коли я перебуваю серед людей, я чую дуже дивні речі.
49. Було б краще, якби майже всі закони скасували.
50. Часом я відчуваю, що вмираю.
51. Моє фізичне здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих.
52. Зустрічаючи на вулиці своїх шкільних друзів або знайомих, з якими давно не бачився (бачилася), я віддаю перевагу проходити повз, якщо вони не заговорять зі мною першими.
53. Деякі люди одним дотиком можуть зцілити хворобу.
54. Більшість знайомих мене людей ставляться до мене добре.
55. Болі в серці або в грудях у мене бувають дуже рідко (або не бувають зовсім).
56. У дитинстві мене виганяли зі школи за погану поведінку.
57. Я людина товариська.
58. У світі відбувається лише те, що визначено.
59. Мені часто доводилося виконувати вказівки людей, які знають менше за мене.
60. Зазвичай я пропускаю передовиці в газетах.
61. Я вів (а) неправильний спосіб життя.
62. У різних частинах свого тіла я часто відчуваю печію, поколювання, повзання мурашок або оніміння.
63. Мені легко регулювати свій стілець; опрацюватися в залежності від зручного для мене часу і обставин.

64. Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.
65. Свого батька я люблю.
66. Я бачу навколо себе предмети, тварин, людей, яких інші не бачать.
67. Більшість людей здаються мені щасливішими за мене.
68. Шия в мене болить дуже рідко (або не болить ніколи).
69. Особи одного зі мною статі дуже приваблюють мене.
70. Якщо мені подобається якась жінка (який-небудь чоловік), я намагаюся зробити так, щоб (він) вона про це здогадалася (здогадався).
71. Думаю, дуже багато людей перебільшують свої нещастя, щоб їм поспівчували і допомогли.
72. Декілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).
73. Я – значна особистість.
74. Іноді я думаю, що краще б мені було народитися жінкою (чоловіком).
75. Буває, що я серджуся.
76. Часто я перебуваю в пригніченому настрої.
77. Про любов я читаю із задоволенням.
78. Я люблю поезію.
79. Мене важко зачепити.
80. Іноді я дражню тварин.
81. Думаю, що робота лісника мені б сподобалася.
82. Мене легко переконати.
83. Кожен, хто може і хоче наполегливо працювати, має великі шанси домогтися успіху.
84. Відчуваю, що я втрачаю надію добитися чогось у житті.
85. Іноді мене так приваблюють чужі речі (туфлі, рукавички тощо), що мені хочеться потримати їх у руках чи навіть украсти, хоча вони мені й не потрібні.
86. У мене мало впевненості в собі.

87. Я хотів (ла) б працювати квіткарем.
88. Зазвичай я вважаю, життя – стояча річ.
89. Потрібно дуже багато доказів, щоб переконати людей в якій-небудь істині.
90. Буває, що я відкладаю на завтра те, що потрібно зробити сьогодні.
91. Якщо з мене кепкують, я до цього ставлюся легко.
92. Мені б сподобалося бути медбратом (медсестрою), доглядати за хворими.
93. Я вважаю, що більшість людей здатні збрехати, якщо це в їхніх інтересах.
94. Я часто здійснюю вчинки, про які потім дуже жалкую (частіше і глибше, ніж інші).
95. Я охоче беру участь в зборах та інших громадських заходах.
96. Я дуже рідко сварюся з членами моєї родини.
97. Часом я відчуваю сильне бажання порушити правила пристойності чи кому-небудь зашкодити.
98. Вірю, що врешті-решт справедливість восторжествує.
99. Я люблю ходити туди, де гамірно і весело.
100. Бувало, що при вирішенні проблеми переді мною відкривалося так багато можливостей, що я не знав (а), яку вибрати.
101. Я вважаю, що в статевому відношенні жінки повинні користуватися тією ж свободою, що й чоловіки.
102. Найважча боротьба для мене – боротьба з самим собою.
103. М'язові судоми і посмикування у мене бувають вкрай рідко (або ніколи не бувають).
104. У мене немає підстав турбуватися про те, що зі мною буде.
105. Часом, коли я себе погано почуваю, буваю дратівливий (ою).
106. Іноді мені здається, що я раптом зробив (а) щось погане чи зле.
107. Велику частину часу я відчуваю себе щасливим (ою).

108. Майже постійно мене турбує відчуття заповнювання, закладеності в носі або в голові.

109. Деякі люди до того люблять командувати, що мене так і тягне робити все наперекір, навіть якщо я знаю, що вони праві.

110. Я знаю, що є люди, налаштовані проти мене.

111. Я ніколи не робив (ла) нічого ризикованого тільки заради гострих відчуттів.

112. Я часто вважаю себе зобов'язаним (ною) відстоювати те, що знаходжу справедливим.

113. Я вважаю, що закони повинні проводитися в життя.

114. У мене часто буває таке відчуття, ніби моя голова стягнута обручем.

115. Віра в прикмети – це помилка.

116. Я отримую більше задоволення від спортивних ігор або змагань, якщо тримаю парі на результат.

117. Більшість людей чесні лише тому, що бояться покарання.

118. Бувало, що в школі мене викликали до директора за пустощі або прогули.

119. Моя мова зараз така ж, як завжди (не швидше і не повільніше, немає ні хрипоти, ні невиразності).

120. В гостях я тримаюся за столом краще, ніж удома.

121. По-моєму, проти мене щось готується.

122. Мені здається, що в порівнянні з більшістю оточуючих я досить здатний (а) і кмітливий (а).

123. Я знаю, що за мною стежать.

124. Мені здається, що більшість людей заради вигоди швидше надійдуть нечесно, ніж упустять випадок.

125. Мій шлунок часто турбує мене.

126. Драматичне мистецтво мені подобається.

127. Я знаю, хто винен у більшості моїх неприємностей (не маючи на увазі себе).
128. Я спокійно переношу вид крові.
129. Часто я і сам (а) дивуюся, через що я так упирався (упиралася) і бурчав (ла).
130. У мене ніколи не було блювоти з кров'ю або кашлю з кров'ю.
131. Небезпека чим-небудь заразитися мене мало турбує.
132. Я люблю збирати квіти або вирощувати кімнатні рослини.
133. У своїй статевого життя я уникав (ла) будь-яких незвичайних сексуальних дій.
134. Часом мої думки проносяться швидше, ніж я встигаю їх висловлювати.
135. Я переходжу вулицю в недозволеному місці, якщо впевнений (а), що мене не помітить міліціонер.
136. Якщо мені роблять щось приємне, мене зазвичай цікавить, що за цим криється.
137. Я вважаю, що в моєму будинку життя йде не гірше, ніж у більшості моїх знайомих.
138. Критика та зауваження дуже ображають і ранять мене.
139. Іноді я відчуваю, що повинен (на) нанести пошкодження собі або кому-небудь іншому.
140. Я люблю готувати їжу.
141. Моя поведінка в значній мірі визначається правилами і звичками оточуючих мене людей.
142. Часом я буваю впевнений (а) у своїй непотрібності.
143. У дитинстві в мене була така компанія, де всі стояли один за одного завжди і у всьому.
144. Мені подобається солдатська служба.
145. Іноді мене так і кортить затіяти з ким-небудь бійку.

146. У мене тяга до зміни місць, і я щасливий (а) лише тоді, коли подорожую або мандрую.
147. Я часто терпів (ла) невдачі через свою нерішучість.
148. Мене дратують люди, які звертаються за порадою чи якимось інакше відволікають мене від серйозної роботи.
149. У свій час я вів (ввела) щоденник.
150. У грі я волюю вигравати.
151. Хтось намагається мене отруїти.
152. Найчастіше я засинаю спокійно, без тривожних думок.
153. В останні кілька років я більшу частину часу відчуваю себе добре.
154. У мене ніколи не було випадків і судом.
155. Зараз моя вага постійна, я не повнію і не худну.
156. Бували моменти, коли я не усвідомлював (а), що саме я робив (а).
157. Вважаю, що мене часто карали незаслужено.
158. Я легко плачу.
159. Я став (а) гірше розуміти зміст прочитаного.
160. Зараз я відчуваю себе краще, ніж будь-коли.
161. Тім'яна частина голови у мене буває дуже чутливою.
162. Я буваю дуже роздратований (а) або обурений (ною), якщо доводиться визнати, що мене спритно провели.
163. Я мало втомлююся.
164. Мені подобається детально вивчати літературу за своєю спеціальністю.
165. Мені приємно мати серед своїх знайомих значних людей, оскільки це підвищує мій престиж.
166. Мені страшно дивитися вниз з висоти.
167. Я залишився (лась) би спокійний (ною), якби хто-небудь з моєї родини в положенні порушника закону.
168. З моїм розумом коїться щось недобре.
169. Я безбоязно беруся за справи, пов'язані з грошима.

170. Мені все одно, що думають про мене інші.
171. Мені буває якось ніяково дуріти в компанії, навіть якщо інші це роблять.
172. Щоб приховати свою сором'язливість, мені часто доводиться витрачати великі зусилля.
173. Я любив (а) школу.
174. Я ніколи не падав (а) в непритомність.
175. Напади запаморочення бувають у мене дуже рідко.
176. Я відносно спокійний (а), коли бачу змії.
177. Моя мати – хороша жінка.
178. З пам'яттю в мене все гаразд.
179. Мене турбують деякі питання, пов'язані із статевим життям.
180. Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я щойно познайомився (ася).
181. Коли мені стає нудно, я намагаюся влаштувати щось веселе.
182. Я боюся зійти з розуму.
183. Я проти того, щоб подавати милостиню.
184. Іноді я чую голоси, що йдуть невідомо звідки.
185. Мій слух не гірше, ніж у більшості людей.
186. Я помічаю, що в мене тремтять руки, коли я намагаюся щось робити.
187. Руки в мене такі ж спритні й моторні, як і раніше.
188. Я можу довго читати без помітної втоми очей.
189. Велику частину часу я відчуваю загальну слабкість.
190. Голова в мене болить дуже рідко.
191. Іноді при сильному збентеженні я пітнію, і мені це дуже неприємно.
192. Я завжди зберігаю рівновагу при ходьбі.
193. У мене не буває нападів астми або лихоманки.

194. У мене бували такі моменти, коли я не міг (ла) керувати своїми рухами або мовою, але розумів (а), що відбувається навколо.
195. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
196. Мені подобається бувати в таких місцях, де я раніше ніколи не був (а).
197. Хтось намагається мене пограбувати.
198. Я мрію рідко.
199. Дітей слід навчати правильному поданням про основні питання статевого життя.
200. Є люди, які намагаються привласнити мої думки та ідеї.
201. Я хотів (ла) би бути менш сором'язливим (ою).
203. Будь я журналістом, мені б сподобалося писати про театр.
204. Я б хотів (а) бути журналістом.
205. Бували випадки, коли я насилу утримувався (ася) від спокуси щось поцупити у кого-небудь або де-небудь, наприклад, в магазині.
206. Я строго дотримуюся принципів моральності і моралі – набагато більше, ніж оточуючі мене люди.
207. Я люблю різні ігри та розваги.
208. Мені подобається фліртувати, вести грайливий розмову з подобаю-чуюся мені жінкою або дівчиною (хлопцем або чоловіком).
209. Вважаю, що ряд моїх проступків не можна пробачити.
210. Вся їжа здається мені однаковою на смак.
211. Мені хочеться спати вдень, а вночі я страждаю від безсоння.
212. Мої рідні поводяться зі мною як з дитиною, а не як з дорослим (ою).
213. При ходьбі я намагаюся не наступати на тріщини в тротуарі.
214. У мене ніколи не було будь-яких висипань на шкірі, які б мене турбували.
215. У свій час я захоплювався (ася) алкоголем.
216. У порівнянні з іншими сім'ями в моїй сім'ї мало любові і тепла.

217. Я часто помічаю за собою, що тривожуся про щось.
218. Я досить спокійно переношу вид тварин, що страждають.
219. Думаю, мені б сподобалася робота, пов'язана з відповідальною адміністративно-господарською діяльністю.
220. Я люблю свою матір.
221. Наука мене цікавить.
222. Мені легко звертатися до інших по допомогу, навіть якщо я не можу надати їм відповідну послугу.
223. Я люблю полювання.
224. Батьки часто засуджували мої знайомства.
225. Іноді я можу трохи попліткувати.
226. У деяких членів моєї сім'ї є звички, які дуже мене дратують.
227. Мені говорили, що я ходжу уві сні.
228. Часом я відчуваю, що мені надзвичайно легко зважитися на що-небудь.
229. Я б охоче записався (ася) у кілька клубів або товариств.
230. Я рідко задихаюся, і в мене не буває сильних серцебиття.
231. Я люблю поговорити на сексуальні теми.
232. Я намагаюся суворо виконувати життєву програму, засновану на почутті обов'язку і відповідальності.
233. Траплялося, я наполягав (а) на своєму і перешкоджав (а) людям просто з принципу.
234. Я легко можу розлютитися, але швидко і заспокоююсь.
235. Я завжди був (а) незалежним (ою) і вільний (ою) від традицій і звичаїв моєї сім'ї.
236. Я занадто часто поринаю у роздуми.
237. Майже всі мої родичі ставляться до мене доброзичливо.
238. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, коли я не можу довго всидіти на одному місці.
239. Я випробував (а) розчарування в коханні.

240. Моя зовнішність ніколи не викликає у мене занепокоєння.
241. Я часто бачу такі сни, про які краще не розповідати.
242. Думаю, що нерви в мене не гірше, ніж у більшості оточуючих.
243. У мене рідко щось болить.
244. Найчастіше мої вчинки бувають неправильно зрозуміли оточуючими.
245. Мої батьки та інші члени сім'ї часто до мене чіпляються.
246. На шиї у мене часто виступають червоні плями.
247. У мене є підстави заздрити деяким членам моєї родини.
248. Іноді без всякої причини, або навіть коли справи йдуть погано, я відчуваю себе схвильовано-щасливим (ою).
249. Я впевнений (а), що людину, що здійснює погані вчинки, в майбутньому чекає кара.
250. Я не засуджую людей, які намагаються урвати від життя все, що можуть.
251. У мене бували такі стани, коли мої дії переривалися і я не розумів (а), що відбувається навколо.
252. Людям байдуже, що з тобою станеться.
253. Я можу бути в дружніх відносинах з тими, чиї вчинки не схвалюю.
254. Мені подобається бувати в компанії, де жартують один над одним.
255. Іноді я даю гарну оцінку людям, про яких знаю дуже мало.
256. Найбільш цікава сторінка в газетах – це розділ гумору.
257. Зазвичай я сподіваюся на успіх, коли беруся за якусь справу.
258. Я вірю в свято справедливості.
259. Найважче для мене в будь-якій справі – це початок.
260. У школі я погано засвоював (а) матеріал.
261. Будь я художником, мені б сподобалося малювати квіти.
262. Моя зовнішність мене, загалом, влаштовує.
263. У мене підвищена пітливість, навіть при прохолодній погоді.
264. Я абсолютно впевнений (а) в собі.

265. Нікому не довіряти – найбезпечніше.
266. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збуджений (а) або схви-
льований (а).
267. Коли я перебуваю в компанії, мені важко підібрати тему для роз-
мови.
268. Зіпсований настрій мені завжди легко виправити чим-небудь ціка-
вим.
269. Мені легко змусити інших людей боятися мене, і іноді я заради за-
бави це роблю.
270. Я спокійно виходжу з дому, завжди пам'ятаючи про те, замкнув
(ла) чи я двері, вікна, вимкнув (а) чи є світло.
271. Я не засуджую за обман тих, хто легко дозволяє себе обманювати.
272. Часом я буваю повний (а) енергії.
273. Моя шкіра в деяких місцях буває заціпенілою.
274. Мій зір такий же гострий, як і раніше.
275. Хтось керує моїми думками.
276. Я люблю дітей.
277. Іноді спритність якогось шахрая так мене тішить, що мені хочеть-
ся, щоб йому пощастило.
278. Я часто помічав (а), що незнайомі люди дивляться на мене крити-
чно.
279. Я щодня випиваю дуже багато води.
280. Більшість людей заводять знайомство тому, що друзі можуть ви-
явитися корисними.
281. Я рідко помічаю у себе шум або дзвін у вухах.
282. Буває, я відчуваю ненависть до членів моєї сім'ї, яких зазвичай
люблю.
283. Якби я був (а) журналістом, то віддав (ла) перевагу би писати про
спорт.
284. Упевнений (а), що мене обговорюють.

285. Буває, що непристойна або навіть непристойна жарт смішить мене.
286. Щасливіше за все я відчуваю себе на самоті.
287. У мене менше підстав побоюватися, ніж у інших людей.
288. У мене бувають напади нудоти і блювоти.
289. Мене обурює, що злочинця з яких-небудь причин можуть звільнити і він уникне покарання.
290. Робота дається мені ціною великої напруги.
291. У моєму житті бували випадки, коли я відчував (ла), що хтось гіпнозом змушує мене робити ті чи інші вчинки.
292. Я волію не заговорювати з людьми першим (ою).
293. Хтось намагається впливати на мої думки.
294. Я ніколи не порушував (а) закон.
295. Я люблю казки Андерсена.
296. У мене бувають періоди безпричинної веселості.
297. Мені набридають думки сексуального характеру, і я хотів (ла) би від них позбавитися.
298. Коли кілька людей потрапляють в неприємну історію, їм краще наперед домовитися, що говорити, і потім усім дотримуватися однієї лінії.
299. Мені здається, я відчуваю більш гостро, ніж інші.
300. Я завжди був (а) байдужий (а) до гри в ляльки.
301. Життя для мене майже завжди пов'язано з напругою.
302. У мене ніколи не було неприємностей через мою поведінку, пов'язану з питаннями сексу.
303. Деякі речі мене настільки хвилюють, що я навіть уникаю говорити про них.
304. У школі мені було дуже важко говорити перед всім класом.
305. Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім (ою).
306. Люди проявляють до мене стільки співчуття, скільки я заслуговую.
307. Я відмовляюся грати в деякі ігри тому, що погано граю.
308. Часом мені дуже хотілося покинути свій будинок.

309. Мені здається, що я сходжуся з людьми так само легко, як і інші.
310. Моє статеве життя задовільне.
311. У дитинстві я один час здійснював (а) дрібні крадіжки.
312. Мені неприємно бути серед людей.
313. Людина, яка залишає без нагляду цінне майно і цим створює спокусу, майже так само винен, як і злодій.
314. Іноді мені в голову приходять такі думки, що краще про них нікому не розповідати.
315. Доля несправедлива до мене.
316. Думаю, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
317. Я більш ранимий (а), ніж більшість людей.
318. Моє повсякденне життя заповнена справами, які мені цікаві.
319. Більшість людей в глибині душі не люблять обтяжувати себе зарди того, щоб допомогти іншим.
320. Мені часто сняться сні сексуального змісту.
321. Мене легко збентежити.
322. Мене турбують мої грошові і службові справи.
323. У мене бували дуже дивні, незвичайні, своєрідні переживання.
324. Я ніколи не був (а) закоханий (а).
325. Деякі з членів моєї родини робили вчинки, які мене лякають.
326. Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.
327. Мені часто доводилося підкорятися батькам, навіть коли я вважав (а) їх неправими.
328. Я помічаю, що мені стало важко зосередитися на який-небудь завданні чи роботі.
329. Я дуже рідко бачу сні.
330. Я ніколи не був (а) паралізований і не відчував незвичайної слабості в будь-яких м'язах.

331. Якби люди не були налаштовані проти мене, я досяг (ла) би в житті набагато більшого.

332. Іноді у мене пропадає або змінюється голос, навіть якщо я не застуджений (а).

333. Мені здається, що ніхто не розуміє мене.

334. Часом я відчуваю дивні запахи.

335. Мені важко зосередити думки на чомусь одному.

336. Я легко втрачаю терпіння з людьми.

337. Я майже завжди про щось або про кого-небудь тривожуся.

338. Безумовно, мені випало більше турбот і занепокоєння, ніж іншим.

339. Велику частину часу мені хочеться померти.

340. Іноді я буваю так збуджений (а), що мені важко заснути.

341. Іноді мій слух настільки загострюється, що це мені навіть заважає.

342. Я легко забуваю те, що мені говорять.

343. Перш ніж зробити що-небудь, я зазвичай повинен (а) зупинитися і подумати, навіть якщо мова йде про дрібниці.

344. Я часто переходжу на іншу сторону вулиці, щоб уникнути зустрічі з ким-небудь, кого я побачив (а).

345. Часто в мене буває таке відчуття, що все навколо нереально.

346. У мене є звичка вважати всякі випадкові предмети – вікна, ліхтарі.

347. У мене немає ворогів, які по-справжньому хотіли б мені нашкодити.

348. Зазвичай мене насторожують люди, які ставляться до мене більш дружелюбно, ніж я очікував (а).

349. У мене бувають дивні й незвичайні думки.

350. Коли навколо нікого немає, я чую дивні речі.

351. Якщо мені треба буде хоча б ненадовго виїхати з дому, у мене на душі стає тривожно.

352. Є речі і люди, до яких я ставлюся з побоюванням, хоч і знаю, що вони не приховують для мене ніякої загрози.

353. Я без жодного страху вхожу в кімнату, де інші вже зібралися і розмовляють.

354. Я боюся користуватися ножем або іншими гострими або колючими предметами.

355. Іноді мені приємно заподіяти біль тим, кого я люблю.

356. Мені важче зосередитися, ніж іншим.

357. Бувало, що я кидав розпочату справу, так як вважав (а), що не впраюся.

358. Буває, що мені в голову приходять погані, навіть жахливі слова, і я ніяк не можу від них відв'язатися.

359. Іноді якась дріб'язкова думка крутиться в голові і набридає мені кілька днів поспіль.

360. Майже щодня трапляється що-небудь, що лякає мене.

361. Я схильний (а) усе приймати близько до серця.

362. Я більш уразливий (а) і ранимий (а), ніж більшість інших людей.

363. Іноді мені бувало приємно, якщо мені завдавав (ла) страждання людина, яку я люблю.

364. Люди про мене говорять вульгарні і образливі речі.

365. Коли я перебуваю в закритому приміщенні, я відчуваю себе тривожно й неспокійно.

366. Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім (ою).

367. Вогню я не боюся.

368. Іноді я намагаюся триматися подалі від людей, щоб не зробити або не сказати чогось такого, про що потім пошкодую.

369. Питання релігії мене не займають.

370. Ненавиджу, коли під час роботи мені доводиться поспішати.

371. Надмірна сором'язливість у мене відсутня.

372. Зазвичай у мене буває відразу кілька захоплень; довгий час захоплюватися чимось одним мені не властиво.

373. Я переконаний (а), що існує лише одне-єдине правильне розуміння сенсу життя.
374. Часом мені здається, що мій розум працює повільніше, ніж зазвичай.
375. Коли я відчуваю себе щасливим (ою) і повним (ою) сил, хтось своїм поганим настроєм може все зіпсувати.
376. Міліціонери зазвичай чесні люди.
377. В гостях я частіше сиджу десь в сторонці або розмовляю з ким-небудь одним, ніж веселюся з усією компанією.
378. Мені подобається, коли жінка палить.
379. У мене рідко бувають напади поганого настрою.
380. Коли хтось говорить дурниці чи виявляє невігластво, я намагаюся його поправити.
381. Мені часто кажуть, що я запальний (а).
382. Я хотів (ла) би позбутися від докучливих думок, що ті чи інші мої слова могли комусь здатися образливими.
383. Люди часто розчаровують мене.
384. Думаю, що я нікому не зміг (ла) би розповісти про себе все.
385. Блискавка – одне з тих явищ, які викликають у мене страх.
386. Мені приємно, коли люди гадають, що ж я збираюся робити далі.
387. Всі відомі мені здивування пояснюються дуже просто – одні люди водять за ніс інших, тільки і всього.
388. Мені страшно залишатися одному (ій) в темряві.
389. Мої плани часто здавалися мені настільки складними, що я відмовлявся (лась) від них.
390. Мене часто розуміють неправильно, коли я намагаюся застерегти когось від помилки, і мені це дуже прикро.
391. Я люблю ходити на такі вечори, де можна потанцювати.
392. Буря вселяє в мене жах.
393. Коней, які погано тягнуть, слід бити.

394. Я часто користуюся порадами людей.
395. Майбутнє дуже невизначено, щоб будувати серйозні плани.
396. Часто, навіть якщо справи йдуть добре, я відчуваю, що мені все байдуже.
397. У мене буває почуття, що труднощів надто багато і спроби їх подолати просто безглузді.
398. Часто я думаю: «Добре б знову стати дитиною».
399. Мене важко розсердити.
400. Якби дозволили умови, я б міг (ла) принести людству велику користь.
401. Води я не боюся.
402. Щоб прийти до вирішення того чи іншого питання, я часто повинен (на) відкласти його до ранку.
403. Прекрасно жити в наш час, коли відбувається стільки цікавих подій.
404. Коли я намагаюся вказати людям на їхні помилки чи допомогти їм, вони часто розуміють мої наміри неправильно.
405. У мене немає труднощів при ковтанні.
406. Мені часто доводилося зустрічати людей, які вважалися фахівцями, а на ділі знали не більше мого.
407. Зазвичай я спокійний (на), і мене нелегко вивести з рівноваги.
408. Я схильний (а) приховувати свої почуття з тих міркувань, що люди мимоволі можуть образити мене.
409. Часом я вимотують себе тим, що беруся за занадто багато чого.
410. Мені, безумовно, доставило б задоволення провести шахрая його ж способом.
411. Коли я чую про успіхи близького знайомого, я відчуваю себе невдахою.
412. Я не боюся звертатися до лікаря, коли захворію або поранити.
413. Я заслуговую суворого покарання за свої провини.

414. Я схильний (а) так гостро переживати розчарування, що довго не можу викинути з голови.
415. У сприятливих умовах я б міг (ла) стати хорошим керівником.
416. Мені неприємно, якщо хтось спостерігає за мною, коли я працюю, – навіть якщо я знаю, що справляюся з роботою добре.
417. Якщо хтось намагається пролізти попереду мене без черги, це звичайно мене так дратує, що я висловлюю цій людині все, що я про неї думаю.
418. Часом мені здається, що я ні на що не придатний (а).
419. Я часто прогулював (а) уроки в школі.
420. У мене бували дуже незвичайні містичні переживання.
421. У моїй сім'ї є дуже нервові люди.
422. Я відчуваю себе ніяково через роботу, якою займаються деякі члени моєї сім'ї.
423. Я люблю (або раніше любив (а)) рибну ловлю.
424. Майже весь час я відчуваю почуття голоду.
425. Я часто бачу сни.
426. Часом я змушений (а) бути різким і грубим з людьми, які мене дратують.
427. Мене бентежать непристойні анекдоти.
428. Мені подобається читати глибокі аналітичні статті в газетах і журналах.
429. Я люблю слухати лекції на серйозні теми.
430. Мене тягне до осіб протилежної статі.
431. Мене мало турбують можливі неприємності.
432. Мої переконання і погляди непохитні.
433. Я звик (ла) мати уявного співрозмовника.
434. Я б хотів (а) бути автогонщиком (цею).
435. Я б віддав (ла) перевагу працювати з жінками.
436. Люди зазвичай вимагають більшої поваги до своїх прав, ніж самі поважають права інших.

437. Я думаю, що цілком можна обійти закон, не порушуючи його по суті.
438. Є люди, які мені настільки неприємні, що в глибині душі я радію, коли вони отримують по заслугам.
439. Якщо доводиться чекати, це діє мені на нерви.
440. Я намагаюся запам'ятовувати всякі цікаві історії, щоб потім розповідати їх іншим.
441. Мені подобаються високі жінки.
442. У мене бувають періоди, коли я через хвилювання втрачаю сон.
443. Я схильний (а) відмовитися від задуманого, якщо навколишні вважають, що я взявся (лась) за справу не так, як треба.
444. Я не намагаюся поправляти людей, які висловлюють помилкові судження.
445. В юності (дитинстві) я любив (ла) яскраві, хвилюючі переживання.
446. Волів (а) б грати в азартні ігри хоч на невеликі ставки, але не даремно.
447. Я готовий (а) на все, щоб перемогти в суперечці.
448. Мені неприємно, коли хтось на вулиці, в магазині або в автобусі дивиться на мене.
449. Мені подобаються громадські заходи, де я можу побути серед людей.
450. Мені подобається хвилювання збудженого натовпу.
451. Мої турботи зникають, коли я потрапляю в компанію веселих друзів.
452. Я люблю жартувати над людьми.
453. У дитинстві я уникав (а) бути учасником вуличної компанії.
454. Я міг (ла) би жити щасливо один в гірській або лісовій хатинки.
455. Здебільшого я не в курсі пліток і розмов оточуючих мене людей.
456. Людям можна пробачити порушення тих законів чи правил, які вони вважають нерозумними.

457. Я вважаю, що люди повинні абсолютно виключити спиртне з ужитку.

458. Чоловік, який найбільше займався мною в дитинстві (батько, вітчим, дід), був дуже суворий зі мною.

459. У мене є одна (або більше) погана звичка, яка настільки сильна, що марно з нею боротися.

460. Алкогольні напої я вживаю помірно (або не вживаю зовсім).

461. Мені важко навіть на короткий час відкласти роботу, за яку я взявся (ась).

462. Сечовипускання відбувається у мене без будь-яких ускладнень, і при необхідності я можу потерпіти.

463. У дитинстві мені подобалося грати в «класи» або скакати через мотузочку.

464. У мене ніколи не було ніяких видінь.

465. У мене не раз змінювалося ставлення до моєї професії.

466. Я приймаю ліки або снодійне тільки за призначенням лікаря.

467. Я легко запам'ятовую непотрібні номери (наприклад, номери автомобин і т.п.).

468. Часто я і сам (а) шкодую, що виявився таким впертим (ою) і буркотливим (ою).

469. Я часто зустрічав (ла) людей, заздрили моїм вдалим ідеям тільки тому, що я додумався (ась) до них першим (ою).

470. Теми, пов'язані із статевим питанням, викликають у мене відразу.

471. Мої оцінки в школі були систематично поганими.

472. Вогонь мене заворожує і тягне.

473. По можливості я намагаюся уникати великого скупчення людей.

474. Я мочусь не частіше, ніж інші.

475. Опинившись «притиснутим (ою) до стіни», я кажу лише ту частину правди, яка мені не зашкодить.

476. Я покликаний (а) здійснити велику місію.

477. Якби я потрапив (а) в біду разом з моїми друзями і наша вина була б рівною, я швидше взяв (ла) би всю провину на себе, ніж видав їх.

478. Я ніколи особливо не хвилювався (лась) через неприємності, які траплялися з членами моєї родини.

479. Я охоче знайомлюся з новими людьми.

480. Я боюся темряви.

481. Бували випадки, коли я прикидався (лась) хворим, щоб уникнути чого-небудь.

482. У трамваях, автобусах і т.д. я часто розмовляю з незнайомими людьми.

483. Я вірю в чудеса.

484. У мене є недоліки, які настільки значні, що краще прийняти їх, як є, і стримувати, ніж намагатися повністю викоринити їх.

485. Коли чоловік знаходиться в суспільстві жінки, його думки так чи інакше пов'язані з її статтю.

486. Я ніколи не помічав (а) крові в сечі.

487. Я швидко кидаю справу, якщо вона йде погано.

488. Я б хотів (а), щоб доля була прихильною до мене.

489. Співчуваю людям, які схильні застрягати на своїх бідах та засмучення.

490. Я люблю читати книги, що допомагають правильно жити і розуміти сенс життя.

491. Мене дратують люди, які вважають своє розуміння сенсу життя єдино вірним.

492. Мене лякає думка про можливість землетрусу.

493. Мені більше сподобається робота, що вимагає пильної уваги, ніж така, при якій можна залишатися недбалим.

494. Я боюся перебувати в маленькому закритому приміщенні.

495. З людьми, яких я вважаю за потрібне поправити, я зазвичай дію у відкриті.

496. У мене ніколи не двоїлося в очах.
497. Я люблю пригодницькі оповідання.
498. Краще завжди говорити правду.
499. Повинен (на) визнати, що часом я сильно хвилююся через дрібниці, без особливої причини.
500. Я готовий (а) на все заради хорошої ідеї.
501. У роботі я вважаю за краще самостійно знаходити рішення, а не слідувати вказівкам інших.
502. Волію, щоб оточуючі знали мою думку.
503. Я уникаю давати категоричні оцінки вчинків оточуючих.
504. Якщо я поганої думки про людину або зневажаю його, то не вважаю за потрібне приховувати це від нього.
505. Бували періоди, коли я відчував (а) себе настільки повним енергії, наче міг би обходитися без сну по кілька днів.
506. Я людина нервова і легко збудлива.
507. Я часто працював (а) під керівництвом людей, які приписували всі досягнення собі, а недоліки та упущення звалювали на підлеглих.
508. Думаю, що нюх у мене не гірше, ніж в інших.
509. Часом моя надмірна стриманість заважає мені відстоювати свої права.
510. Будь-який бруд лякає мене чи викликає огиду.
511. У мене є світ мрій та уяви, про який я нікому не розповідаю.
512. Я не люблю митися у ванній.
513. Мені більше подобається працювати з керівником, що дає суворі й чіткі вказівки, ніж з керівником, що надає велику свободу.
514. Мені подобаються жінки з чоловічими рисами.
515. У моєму домі завжди було все найнеобхідніше (достатньо їжі, одягу і т.д.).
516. У деяких членів моєї сім'ї запальний характер.
517. Все у мене виходить погано, не так, як треба.

518. Часто я відчуваю себе винуватим (винуватою) через те, що висловлюю людям більше співчуття, ніж відчуваю насправді.
519. З моїми статевими органами не все в порядку.
520. Як правило, я твердо відстоюю свою думку.
521. Коли потрібно вступити в дискусію або висловити свою думку з добре відомому мені питання, я роблю це без жодного збентеження.
522. Павуків я не боюся.
523. Я червонію дуже рідко.
524. Я беруся за дверні ручки без страху чим-небудь заразитися.
525. Деякі тварини приводять мене в дріж.
526. Майбутнє здається мені безнадійним.
527. Члени моєї родини і мої близькі родичі ладнають один з одним.
528. Я червонію не частіше за інших.
529. Мені подобається носити дорогі речі.
530. Часто я боюся почервоніти.
531. Люди легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього воно здавалося мені остаточним.
532. Я так само терплячий (терпляча) до болю, як і інші.
533. Відрижка у мене буває рідко (або не буває зовсім).
534. Бувало так, що я найостаннішим (останньою) відмовлявся (лась) від спроб зробити що-небудь.
535. Я майже завжди відчуваю сухість у роті.
536. Серджуся, коли мене кваплять.
537. Я б хотів (а) пополювати на левів або тигрів.
538. Думаю, що мені б сподобалася робота кравця з жіночої одежі.
539. Мишей я не боюся.
540. У мене ніколи не було паралізовано обличчя.
541. Моя шкіра надзвичайно чутлива до дотиків.
542. В мене ніколи не було чорного дьогтьоподібного калу.

543. Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що має статися щось страшне.

544. Велику частину часу я відчуваю себе втомленим (втомленою).

545. Іноді мені сниться один і той самий сон.

546. Я люблю читати історичну літературу.

547. Люблю бувати на вечорах і зустрічах.

548. Я уникаю дивитися фільми і подання сексуального характеру.

549. Намагаюся уникати конфліктів і скрутних ситуацій.

550. Мені подобається лагодити дверні замки.

551. Іноді я впевнений (а), що інші люди знають, про що я думаю.

552. Я люблю читати про науку.

553. Мені страшно перебувати одному (одній) на відкритому з усіх боків місці.

554. Якби я був (а) журналістом, віддав (ла) перевагу писати про театр.

555. Іноді мені здається, що я «на краю погибелі».

556. Дуже уважно ставлюся до того, як я одягаюся.

557. Мені б сподобалося працювати секретарем.

558. Більшість людей можна звинуватити в поганій сексуальній поведінці.

559. Часто серед ночі мене охоплює страх.

560. Мене дуже дратує, що я забуваю, куди кладу речі.

561. Мені дуже подобається верхова їзда.

562. Людиною, до якого я в дитинстві був (а) найбільше прив'язаний (а) і якого обожаював (а), була жінка (мати, сестра, тітка або ін).

563. Мені більше подобаються пригодницькі повісті, ніж ліричні або романтичні.

564. Я готовий (а) відмовитися від своїх намірів, якщо навколишні вважають, що цього робити не варто.

565. На великій висоті у мене з'являється бажання зістрибнути вниз.

566. Мені подобаються в кіно любовні сцени.

Заповнений реєстраційний листок для отримання базового профілю проробляється за приведеними нижче ключами (ключ до 5-й шкали вибирають в залежності від статі). Інші клінічні специфічні шкали, як і основні, рекомендовано аналізувати за допомогою комп'ютерних засобів, спеціально підготовлених програм. Нижче приводимо класичний варіант підрахунків результатів за базисними шкалами.

Підрахунки результатів за базисними шкалами:

Шкали	Вірно	Невірно
L	<u>0</u> :	<u>15</u> : 15 30 45 60 75 90 105 120 135 150 165 195 225 255 285
F	<u>45</u> : 14 23 27 31 33 34 35 40 42 48 49 50 53 56 66 85 121 123 139 146 151 156 168 184 197 200 202 205 206 209 210 211 215 218 227 245 246 247 252 256 269 275 286 291 293	<u>20</u> : 17 20 5 46 5 75 83 112 113 115 164 169 177 185 196 199 220 257 258 272 276
K	<u>1</u> : 96	<u>29</u> : 30 39 71 89 124 129 134 138 142 148 160 170 171 180 183 217 234 267 272 296 316 322 374 383 397 398 406 461 502
1	<u>11</u> : 23 29 43 62 72 108 114 125 161 189 273	<u>22</u> : 2 3 7 9 18 51 55 63 68 103 130 153 155 163 175 188 190 192 230 243 274 281
2	<u>20</u> : 5 13 23 32 41 43 52 67 86 104 130 138 142 158 159 182 189 193 236 259	<u>40</u> : 28 9 18 30 36 39 45 46 51 57 58 64 80 88 89 95 98 107 122 131 152 153 154 155 160 178 191 207 208 238 241 242 248 263 270 271 272 285 296
3	<u>12</u> : 10 23 32 43 44 47 76 114 179 186 189 238	<u>47</u> : 2 3 6 7 8 9 12 26 30 51 55 71 89 93 103 107 109 124 128 129 136 137 141 147 153 160 162 163 170 172 174 175 180 188 190 192 201 213 230 234 243 265 267 274 279 289 292
4	<u>24</u> : 16 21 24 32 33 35 38 42 61 67 84 94 102 106 110 118 127 215 216 224 239 244 245 284	<u>26</u> : 8 20 37 82 91 96 107 134 137 141 155 170 171 173 180 183 201 231 235 237 248 267 287 289 294 296

5 для М	<u>28</u> : 4 25 26 69 70 74 77 78 87 92 126 132 134 140 149 179 187 203 204 217 226 231 239 261 278 282 295 297 299	<u>32</u> : 1 19 28 79 80 81 89 99 112 115 116 117 120 133 144 176 198 213 214 219 221 223 229 249 254 260 262 264 280 283 300
5 для Ж	<u>25</u> : 4 25 70 74 77 78 87 92 126 132 133 134 140 149 187 203 204 217 226 239 261 278 282 295 299	<u>35</u> : 1 19 26 28 69 79 80 81 89 99 112 115 116 117 120 144 176 179 198 213 214 219 221 223 229 231 249 254 260 262 264 280 283 297 300
6	<u>25</u> : 15 16 22 24 27 35 110 121 123 127 151 157 158 202 275 284 291 293 299 305 317 338 341 364 365	<u>15</u> : 93 107 109 111 117 124 268 281 294 313 316 319 327 347 348
7	<u>38</u> : 10 15 22 32 41 67 76 86 94 102 106 142 159 182 189 217 238 266 301 304 305 317 321 336 337 340 342 343 344 346 349 351 352 356 357 359 360 361	<u>9</u> : 3 8 36 122 152 164 178 329 353
8	<u>59</u> : 15 16 21 22 24 32 33 35 38 40 41 47 52 76 97 104 121 156 157 159 168 179 182 194 202 210 212 238 241 251 259 266 273 282 291 297 301 303 305 307 312 320 324 325 332 334 335 339 341 345 349 350 352 354 355 356 360 363 364	<u>19</u> : 8 17 20 37 65 103 119 177 178 187 192 196 220 276 281 306 309 322 330
9	<u>35</u> : 11 13 21 22 59 64 73 97 100 109 127 134 143 156 157 167 181 194 212 222 226 228 232 233 238 240 250 251 263 266 268 271 277 279 298	<u>11</u> : 101 105 111 119 120 148 166 171 180 267 289
0	<u>34</u> : 32 67 82 111 117 124 138 147 171 172 180 201 236 267 278 292 304 316 321 332 336 342 357 377 383 398 411 427 436 455 473 487 549 564	<u>36</u> : 25 33 57 91 99 119 126 143 193 208 229 231 254 262 281 296 309 353 359 371 391 400 415 440 446 449 450 451 462 469 479 481 482 505 521 547

11. ОПИТУВАЛЬНИК ПОДРУЖНЬОЇ КОМУНІКАЦІЇ (Bienvenu)

Інструкція: Дайте відповідь, будь ласка, на питання як можна відвертіше. Намагайтеся уникати відповідей типу «не знаю». Довго не обмірковуйте, відповідайте першим, що прийшло в голову: «так» або «ні». Спасибі за участь у нашому дослідженні.

Текст опитувальника:

1. Чи має Ваш чоловік (дружина) тенденцію говорити про ті речі, про які краще не говорити?
2. Чи знаходите Ви тон голосу вашого чоловіка (дружини) роздратованим?
3. Чи скаржився Ваш чоловік (дружина), що ви не розумієте його (її)?
4. Чи ображає Вас чоловік (дружина), коли злиться на Вас?
5. Чи погоджуєтеся Ви з нею (з ним) тільки через те, що боїтеся, що він (вона) зачеплять Ваші почуття?
6. Чи сильно Ви засмучуєтеся, коли Ваш чоловік (дружина) злиться на Вас?
7. Чи сумніваєтеся Ви щодо того, чи варто обговорювати деякі питання, якщо боїтеся, що чоловік (дружина) може зачепити ваші почуття?
8. Чи важко Вам виражати свої щирі почуття щодо чоловіка (дружини)?
9. Чи легше Вам довіритися своєму другу, чим чоловіку (дружині)?
10. Чи здається Вам, що чоловік (дружина) розуміє Ваші почуття?
11. Чи допомагаєте Ви вашому чоловіку (дружині) зрозуміти Вас, виражаючи свої думки чи почуття?
12. Чи обіймає Вас ваш чоловік (дружина)?
13. Чи відчуваєте Ви, що один із подружжя говорить одне, а має на увазі зовсім інше?
14. Чи прикидаєтеся Ви, що слухаєте одного з подружжя, коли насправді не слухаєте?
15. Чи намагається Ваш чоловік (дружина) підняти Вам настрій, коли Ви в депресії або чимось засмучені?
16. Чи обвинувачує Вас чоловік (дружина) у тім, що Ви його не слухаєте?
17. Чи є у Вас з чоловіком (дружиною) спільні інтереси, заняття за межами будинку?

18. Чи можете Ви з чоловіком не погоджуватися один з одним, не виходячи із себе?

19. Чи буває так, що Ви сідаєте з чоловіком поруч, щоб просто про все поговорити?

Ключ до опитувальника:

« + » – 6, 7, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 19.

« - » – 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 16.

12. ШКАЛА СЕКСУАЛЬНОСТІ ШЕЛ – ПАПНІ

Інструкція: Оцініть, будь ласка, ступінь виразності в себе нижче приведених якостей за п'ятибальною схемою: «згодний» – (+ 2), «скоріше згодний» – (+ 1), «не згодний», «не знаю» – (0), «скоріше не згодний» – (- 1), «не згодний» – (- 2).

<i>Твердження</i>	<i>Згодний</i>	<i>Скоріше згодний</i>	<i>Не знаю</i>	<i>Скоріше не згодний</i>	<i>Не згодний</i>
	+2	+1	0	-1	-2
Сексуальна оцінка					
1. Я гарний сексуальний партнер.					
4. Я дуже високо оцінюю свою сексуальну майстерність.					
7. Я кращий (а) у сексі, чим більшість інших людей.					
10. Я часом сумніваюся у своїй сексуальній компетентності.					
13. Я не маю великої впевненості в сексуальних контактах.					
16. Я думаю про себе як про дуже гарного сексуального партнера.					
19. Я оцінюю себе низько як сексуального партнера.					
22. Я упевнений у собі як сексуальний партнер.					
25. Я не дуже упевнений у своїй сексуальній майстерності.					
28. Часом сумніваюся у своїй сексуальній компетентності.					

<i>Сексуальна заклопотаність</i>					
<i>Твердження</i>	+2	+1	0	-1	-2
3. Я увесь час думаю про секс.					
6. Я думаю про секс більше, ніж про будь-що інше.					
9. Я не мрію про сексуальні ситуації.					
12. Я прагну займатися сексом.					
15. Я постійно думаю про свій секс (сексуальне життя).					
18. Я думаю про секс значну частину часу.					
21. Я рідко думаю про секс.					
24. Мені важко навіть фантазувати про свій секс.					
27. Я, можливо, думаю про секс менше, ніж більшість людей.					
30. Я не думаю про секс занадто часто.					
<i>Сексуальна депресія</i>					
2. Я подавлений сексуальними аспектами свого життя.					
5. Я почуваю, що в мене гарна сексуальність.					
8. Я розчарований якістю свого сексу.					
11. Міркування про секс роблять мене щасливим.					
14. Від сексу я одержую задоволення і насолоду.					
17. Я переживаю невдачу в сексі.					
20. Я почуваю себе нещасливим у сексуальних зв'язках.					
23. Я одержую задоволення в сексуальному житті.					
26. Я відчуваю сум, коли думаю про свій сексуальний досвід.					
29. Я не приходжу в зневіру від сексу.					

III. МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ

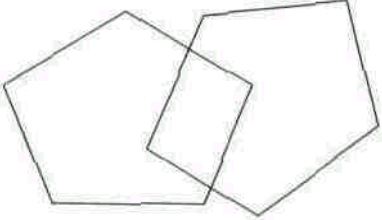
1. ШКАЛА ОЦІНКИ СТАНУ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ (MMSE)

Оцінка когнітивних функцій дуже важлива для психічного обстеження літніх людей. Іноді досліджувати когнітивні функції краще на початку бесіди, іноді, бажано розподілити питання протягом усієї бесіди, чим давати їх єдиним блоком. Людині, що запитує потрібно вирішити це для себе заздалегідь. Неспокійний і пацієнт, що відволікається, може спочатку відповісти на всі питання, що визначають його когнітивні можливості, однак, може виникнути підозра з приводу бесіди з лікарем, хворий може відчувати себе краще, якщо лікар направить свої зусилля в першу чергу на те, що приємніше пацієнту і лише потім почне задавати питання, що можуть бути скрутними і загрозовими. Дуже важливо при роботі з людьми похилого віку щоб дослідження було якомога більш приємним. На всі відповіді, як правильні, так і неправильні, хворий повинний одержувати зворотне, позитивне підкріплення. Коли ведучий опитування не може сказати «вірно», він завжди може сказати «дякую». Існує кілька областей когнітивного функціонування, які потрібно охопити: орієнтування в часі, місці і місцевості; увага і зосередження; фіксування нового матеріалу і його пригадування після відволікання; простий рахунок; дізнання предметів і обличчя; демонстрація адекватного використання предметів повсякденного користування; використання письмового й усного мовлення; відтворення в пам'яті загальновідомих фактів, як історичних, так і недавніх. Існує багато тестів для оцінки когнітивних функцій у літніх. Можливо, найбільш широко використовуваний тест – міні-схема дослідження психічного стану (МДПС) (Mini-Mental State Examination – MMSE), представлений у табл. 6.

Подана схема адаптована для роботи з пацієнтами похилого віку. Питання, що були додані до оригінальної схеми MMSE Фолштейна і Макхью, позначені буквою «А». Необхідно підсумовувати оцінки MMSE окремо від оцінок «А».

Міні-схема дослідження психічного стану

Орієнтування		Максимальна	Оцінка
1	2	3	4
1. Час:	Який зараз рік ?	()	(1)
	Пора року	()	(1)
	Число	()	(1)
	День тижня	()	(1)
	Місяць	()	(1)
(А)	Час дня: (оцінюйте відповідь як правильну при точності в межах однієї години)	()	(1)
2. Місце:	Країна	()	(1)
	Область	()	(1)
	Місто	()	(1)
	Лікарня / вулиця	()	(1)
	Відділення (номер чи відома назва)	()	(1)
(А)			
Понятливість			
	Кивніть, будь ласка, головою	()	(1)
	Вкажіть на вікно, а потім на двері	()	(1)
3. Фіксація			
	Попросіть пацієнта повторити назви трьох предметів: наприклад годинник, стіл, парасолька. Давайте оцінку «1» за кожну правильну назву предметів, відтворену після першого пред'явлення. (Потім повторюйте ці слова доти, доки всі три слова не зафіксуються правильно).	()	(3)
4. Увага			
	Попросіть пацієнта вимовити по буквах слово «стовп» вперед (без оцінки), потім по буквах вимовити його в зворотному порядку (оцінюйте «1» кожну букву в правильному місці слова).	()	(5)
5. Відтворення			
	Попросіть назвати три предмети з питання «3». Оцінюйте кожне правильно відтворене слово (якщо оцінка «0», то опустить питання 12).	()	(3)

1	2	3	4
Мова			
6. Назва:	Олівець	()	(1)
	Годинник	()	(1)
	Лікоть (вказіть на ваш особистий)	()	(1)
	Плече (вказіть на ваше особисте)	()	(1)
(А) Швидкість	(із тестового набору Ісака і Кенії) «Назвіть якомога більше тварин» (Оцінюйте кількість тварин, які названі за 60 секунд, без врахування повторів).	() безкінцево	(1)
7. Повторіть	«Без коли, або але»		
8. Трьохступенева інструкція	«Візьміть цей лист паперу в праву руку, покладіть його навпіл і положіть на підлогу»		
9. Читання:	«Прочитайте, будь ласка, що написано на цій сторінці і виконаєте це!»		
	Закрийте очі		
	(А) Сильно покашляйте		
10. Лист:	Нехай пацієнт напише пропозицію на його вибір. (У пропозицію повинні входити іменник і дієслово, а так само воно повинно мати сенс. Не враховуйте помилки правопису).		
11. Конструктивний практикум			
	Збільште масштаб нижчеподаного малюнка до розміру однієї грані 1,5 див і попросіть пацієнта його скопіювати. (Оцінюйте «1», якщо всі грані і кути збережені, а пересічні лінії формують чотирикутник).	()	(1)
			
(А) Фіксація	(складного)		

1	2	3	4
12.	(NB! Пропустіть, якщо оцінка на питання 5 дорівнює «0». Попросіть пацієнта повторити ім'я й адресу (наприклад, Іван Петров, Київ, вул. Радянська,42). В оцінці враховуйте кожен елемент, правильно відтворений після першого пред'явлення. Потім повторюйте ім'я і адресу доти, доки вони не будуть правильно зафіксовані	()	(6)
(А) Пам'ять на віддалені події			
13.	«Ким була Любов Орлова?»	()	
	«Ким був Йосип Сталін?»	()	(2)
(А) Пам'ять на недавні події			
14.	«Хто зараз президент України?»		
	«Хто зараз президент Сполучених Штатів Америки?»	()	(2)
(А)			
Відтворення нового матеріалу (складного)			
15.	Попросіть назвати ім'я й адресу, приведені в питанні 12 (в оцінці враховуєте кожен правильно відтворений елемент)	()	(6)
(А) Практис (жести)			
16.	«Покажіть мені як махають рукою на прощання. Робіть так, начебто ви чистите зуби». (оцінюйте «1». Якщо палець застосовувався як «зубна щітка»)	() ()	(1) (2)
	(А) Абстрактне мислення (подібність)		
17.	«Чим схожі між собою яблуко і банан?»		
	«Чим схожі між собою човен і автомобіль?»	()	(2)
	(Оцінюйте «1», якщо приводяться тільки несуттєві ознаки).	()	(2)

1	2	3	4
(A) Сприйняття			
18.	«Для чого Ви це використовуєте?» (Покажіть три малюнки з Бостонського Тесту Найменування).	()	(3)
Висновок	(наприклад: «Це все, про що мені потрібно було Вас запитати. Спасибі Вам велике за всі ці питання – я сподіваюся, що вони Вас дуже сильно не стомили. Ви дуже добре відповідали» (похваліть і запропонуєте посміятися над абсурдністю тесту, якщо це доречно).		
	Підсумкові оцінки:	() 30	A ()

Результат тесту отримується шляхом складання отриманих результатів за кожним із пунктів. Максимально в цьому тесті можна набрати 30 балів, що відповідає найбільш високим когнітивним здібностям. Чим менший результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит. За даними різних дослідників, результати тесту можуть мати наступні значення.

28 – 30 – немає порушень когнітивних функцій;

24 – 27 – переддементні когнітивні порушення;

20 – 23 – деменція легкого ступеня вираженості;

11 – 19 – деменція помірного ступеня вираженості;

0 – 10 – важка деменція.

2. ШКАЛА ОЦІНКИ ПОЗИТИВНИХ І НЕГАТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ (PANSS)

(за З. П. Кей, Л. А. Оплером, А. Фіцбейном)

Інструкція: після прицільного клінічного розпитування хворого за кожним з симптомів обведіть кружком оцінку, відповідну його вираженості.

Шкала позитивних синдромів (II)

I. Марення (II 1).

Необґрунтовані, нереалістичні і ідіосинкратичні ідеї. Вираженість оцінюється за змістом думок, висловлених у бесіді і їх впливу на соціальні відносини і поведінку хворого.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.
2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.
3. Слабка вираженість: наявність одного або двох нечітких, мало оформлених і нестійких маячних ідей, які не порушують мислення, поведінку і ставлення хворого з іншими людьми.
4. Помірна вираженість: калейдоскопічна зміна багатьох мало оформлених і нестійких маячних ідей або наявність кількох чітко оформлених ідей, які іноді відображаються на мисленні хворого, його відносинах з іншими людьми і поведінці.
5. Сильна вираженість: наявність численних, чітко оформлених і стійких маячних ідей, які періодично відображаються на його мисленні, соціальних відносинах і поведінці хворого.
6. Дуже сильна вираженість: наявність комплексу оформлених, не рідко-систематизованих, стійких маячних ідей, які помітно порушують процес мислення, відносини хворого з іншими людьми і його поведінку.
7. Крайня ступінь вираженості: наявність стійкого комплексу систематизованих або детально систематизованих маячних ідей, які мають істотний вплив на основні аспекти життя хворого, що призводить до неадекватних вчинків, які в деяких випадках небезпечні для хворого і оточуючих.

II. Розлади мислення (II 2).

Дезорганізація процесу мислення, що характеризується розірваністю цілеспрямованого потоку думок, тобто зайвою деталізацією (докладністю), резонерством, зісковзуванням, аморфністю асоціацій, непослідовністю, пара-

логічністю або «закупоркою думок» (шперунгами). Вираженість оцінюється за станом пізнавально-мовного процесу в бесіді.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.
2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.
3. Слабка вираженість: мислення, патологічна докладність, резонерське, паралогічне або з зісковзуванням. Хворий відчуває деякі утруднення при спробі зосередитися на одній думці, при наполегливості лікаря можуть з'являтися випадкові асоціації.
4. Помірна вираженість: при простому короточасному спілкуванні зберігається здатність зосереджуватися на певних думках, однак, при найменшому тиску або в більш складних ситуаціях мислення стає більш аморфним (розпливчастим) і позбавленим цілеспрямованості.
5. Сильна вираженість: хворий майже завжди відчуває труднощі в організації цілеспрямованого потоку думок, що проявляються в зісковзуванням, непослідовності, розпливчастість мислення навіть при відсутності тиску з боку.
6. Дуже сильна вираженість: розумова діяльність серйозно розладжена практично постійно; відзначається чітка непослідовність і розірваність мислення.
7. Крайня ступінь вираженості: розірваність мислення досягає ступеня відсутності зв'язків. Має місце виражене розрихлення асоціативних зв'язків, що приводить до повної втрати здатності до спілкування, аж до «словесної окрошки» або мутизму.

III. Галюцинації (П 3).

Висловлювання або поведінка, які вказують на сприйняття без відповідного зовнішнього подразника. Патологічне сприйняття може мати місце в слуховій, зоровій, нюховій або соматичній сферах. Вираженість оцінюється за усним повідомленням або зовнішніх проявах під час бесіди, а також за відомостями, отриманими від медичного персоналу або родичів.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.
2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.
3. Слабка вираженість: одна або дві рідкі, але чіткі галюцинації або кілька неясних патологічних відчуттів не позначаються на мисленні або поведінці хворого.
4. Помірна вираженість: часті, але не постійні галюцинації, мислення й поведінка хворого порушені незначно.
5. Сильна вираженість: часті галюцинації, що зачіпають іноді більше однієї чуттєвої сфери і помітно порушують мислення і / або поведінку. Можлива маревна інтерпретація галюцинаторних переживань з відповідним емоційним і вербальним супроводом.
6. Дуже сильна вираженість: практично безперервні галюцинації, істотно порушують мислення й поведінку хворого. Розлади сприйняття переживаються як реальні події, що відбуваються з відповідними емоційними і вербальними реакціями, різко утрудняють адаптаційні можливості хворого.
7. Крайня ступінь вираженості: особистість хворого практично повністю охоплена галюцинаціями, які по суті визначають напрями його мислення і поведінки. Галюцинації супроводжуються стійкою маревою інтерпретацією, вербальними реакціями, реакціями поведінки, що передбачають в тому числі і повне підпорядкування імперативним галюцинаціям.

IV. Ідеї величі (П 4).

Підвищена самооцінка і необґрунтована переконаність у своїй перевазі, включаючи ідеї володіння особливими здібностями, багатством, знаннями, славою, владою або моральною правдивістю. Вираженість оцінюється за змістом думок, що виявляються у бесіді з лікарем і їх відображенню в поведінці хворого.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.
2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: відзначаються деяка експансивність і хвастливість. Чітко оформлені ідеї величі не виявляються.

4. Помірна вираженість: хворий відзначає свою перевагу над іншими, тримається з переоцінкою; можливі мало оформлені маячні ідеї особливого становища або здібностей, які, проте, не визначають поведінки хворого.

5. Сильна вираженість: чітко оформлені ідеї видатних здібностей, влади або виняткового положення, які впливають на ставлення хворого до інших людей, але не проявляються в його поведінці.

6. Дуже сильна вираженість: чітко оформлені маячні ідеї переваги відразу по кільком параметрах (багатство, знання, слава і т.д.); проявляється не тільки у висловлюваннях, але і у стосунках з іншими людьми, а також в деяких діях.

7. Крайня ступінь вираженості: мислення, взаємини з іншими людьми і поведінка практично повністю визначаються множинними маячними ідеями надзвичайних здібностей, багатства, знань, слави, влади і / або моральних якостей, які можуть набувати безглуздий зміст.

V. Збудження (П 5).

Гіперактивність, що проявляється в посиленні рухової функції, підвищеної чутливості до зовнішніх подразників, підвищеним рівнем неспання (гіпервігілітет), надмірно мінливому настрої. Вираженість оцінюється за характером поведінки під час бесіди, а також за відомостями, отриманими від медичного персоналу і родичів.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, оцінювані ознаки можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: хворий дещо схвильований, рівень неспання підвищений, однак чітко виражені епізоди порушення або надмірної мінливості настрою відсутні. Мова може бути прискорена.

4. Помірна вираженість: під час бесіди відзначаються явна схвильованість, підвищена дратівливість, прискорення мови і рухової активності. Епізодично можуть спостерігатися спалахи сильного збудження.

5. Сильна вираженість: суттєва гіперактивність або часті спалахи рухового порушення. Хворому важко просидіти на одному місці більше кількох хвилин.

6. Дуже сильна вираженість: хворий надзвичайно збуджений на всьому протязі бесіди, увага розсіяна; можуть порушуватися сон і приймання їжі.

7. Крайня ступінь вираженості: надзвичайне збудження хворого перешкоджає нормальному прийому їжі, порушує сон і співвідношення з іншими людьми. Прискорення мови і посилення рухового порушення можуть призводити до мовної розірвані, сплутаності і виснаження.

VI. Підозрілість, ідеї переслідування (П 6).

Необґрунтовані або перебільшені думки переслідування, що проявляються в почутті настороженості, недовіри, підозрілої пильності або більш чіткому переконанні в ворожому ставленні оточуючих. Вираженість оцінюється за змістом висловлених під час бесіди думок і їх впливі на поведінку хворого.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: хворий проявляє настороженість або навіть відкрити недовіру, але порушення розумової діяльності, поведінки і відносин з іншими людьми практично відсутні.

4. Помірна вираженість: недовіру настільки помітно, що вона ускладнює бесіду з лікарем і позначається на поведінці хворого. Тим не менш, марення переслідування відсутні. З іншого боку, у частини хворих можуть спостерігатися мало оформлені маячні ідеї переслідування, які не впливають на соціальні взаємини.

5. Сильна вираженість: недовіра настільки сильна, що приводить до розриву відносин з іншими людьми. Можуть спостерігатися оформлені маячні ідеї переслідування, які мало змінюють характер відносин з людьми або поведінку хворого.

6. Дуже сильна вираженість: оформлене марення переслідування, що має тенденцію до розширення, систематизації і істотному впливу на відносини хворого з іншими людьми.

7. Крайня ступінь вираженості: комплекс систематизованих маячних ідей переслідування, практично повністю визначає образ думок, соціальні відносини і поведінку хворого.

VII. Ворожість (П 7).

Вербальні або інші прояви гніву і неприязного ставлення, в тому числі сарказм, пасивно-агресивна поведінка, загрози і відкритий напад. Вираженість оцінюється за поведінкою під час бесіди і за відомостями, отриманими від медичного персоналу і родичів.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: непрямі або приховані прояви гнівливості, наприклад, сарказм, неповага, ворожі вислови, епізоди дратівливості.

4. Помірна вираженість: відкрита ворожа налаштованість, швидка дратівливість і прямі прояви гніву і обурення.

5. Сильна вираженість: хворий вкрай дратівливий, іноді вдається до словесних образ і погроз.

6. Дуже сильна вираженість: контакт з хворим утруднений внаслідок словесних образ і погроз, що також суттєво порушують відносини з іншими людьми. Хворий може бути налаштований войовничо і мати схильність до руйнування, однак, фізичного нападу на людей не робить.

7. Крайня ступінь вираженості: Виражений гнів з практично повною відсутністю контакту з лікарем та іншими людьми або епізоди фізичного нападу на людей.

Сума балів за шкалою позитивних синдромів – (_____)

Шкала негативних синдромів (Н)

I. Притуплений афект (Н 1).

Знижена емоційність, що виражається у зменшенні експресивності міміки, нездатності до прояву почуттів та комунікативної жестикуляції. Вираженість оцінюється за спостереженням за фізичними проявами душевного тону та емоційності хворого під час бесіди.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.
2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.
3. Слабка вираженість: міміка та комунікативна жестикуляція здаються пихатими, вимученими, штучними або збідненими.
4. Помірна вираженість: зменшення діапазону експресивності особи і жестикуляції визначає характерний «нудьгуючий» (невизначний) зовнішній вигляд.
5. Сильна вираженість: афект звичайно «притуплений» (сплощений), міміка мізерна, жестикуляція збіднена.
6. Дуже сильна вираженість: виражені притуплення афекту і недостатність емоційних реакцій спостерігаються більшу частину часу. Іноді можливі надзвичайно сильні неконтрольовані афективні розряди у вигляді порушення, спалахів гніву або безпричинного сміху.
7. Крайня ступінь вираженості: мімічні модуляції і комунікативна жестикуляція практично відсутні. Вираз обличчя постійно байдуже або застигле.

II. Емоційна відгородженість (Н 2).

Відсутність інтересу до життєвих явищ, участі в них і відчуття емоційної причетності до них. Вираженість оцінюється за відомостями, отриманими

від медичного персоналу і родичів, а також за підсумками спостереження за поведінкою хворого під час бесіди.

1. Відсутня; стан хворого не відповідає визначенню розладу.
2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.
3. Слабка вираженість: хворий зазвичай мало ініціативний і іноді може проявляти слабкий інтерес до навколишніх подій.
4. Помірна вираженість: зазвичай хворий емоційно самоусувається від впливу середовища і пропонованих нею вимог, однак, при активному заохоченні може бути залучений до більш активної діяльності.
5. Сильна вираженість: хворий виявляє виражену емоційну відгородженість від оточуючих людей і подій, що відбуваються, і не піддається ніяким спробам активації з зовні. Він виглядає стриманим, згідливим, таким, що не має певної мети, часом його вдається залучити хоча б у короткочасне спілкування і пробудити інтерес до власних потреб.
6. Дуже сильна вираженість: виражені байдужість до оточуючого і відсутність емоційних реакцій проявляються в різкому зменшенні розмовного спілкування з людьми й нехтуванні власними потребами, у зв'язку із чим потрібна організація спеціального спостереження та догляду за хворим.
7. Крайня ступінь вираженості: внаслідок глибокої байдужості до навколишнього і відсутності емоційних переживань, хворий виглядає майже повністю відстороненим, некоммунікбельним і байдужим до власних потреб.

III. Труднощі спілкування (малоконтактність, некоммунікбельність) (Н 3).

Відсутність відвертості в розмовах з людьми, співпереживання, інтересу або участі до співрозмовника, що проявляється в утрудненні налагодження міжперсональних контактів, зменшення обсягу вербального і невербального спілкування. Вираженість оцінюється по характеру поведінки і відношенню хворого до лікаря в процесі бесіди.

1. Відсутній – стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість - сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: у спілкуванні з хворим відчувається певна штучність, натягнутість, пишномовність. Мові хворого не вистачає емоційної глибини, вона часто носить знеособлений, резонерський характер.

4. Помірна вираженість: хворий, як правило, виглядає відчуженим, тримає дистанцію з співрозмовником, на питання відповідає механічно, його дії висловлюють нудьгу або відсутність інтересу до бесіди.

5. Сильна вираженість: явна відчуженість і незацікавленість хворого в бесіді значно ускладнюють продуктивний контакт з ним. Хворий намагається уникати дивитися в очі співрозмовника.

6. Дуже сильна вираженість: хворий у вищій ступені байдужий до навколишнього, тримає себе на відстані від співрозмовника, уникає дивитися йому в очі і не витримує відповідного погляду. Відповіді односкладові, поверхневі. Спроби невербального контакту практично залишаються без відповіді.

7. Крайня ступінь вираженості: хворого не вдається залучити в бесіду, він виглядає абсолютно байдужим, наполегливо уникає вербального і невербального контакту з лікарем.

IV. Пасивно-апатична соціальна відгородженість (Н 4).

Зниження інтересу та ініціативи в соціальних відносинах внаслідок пасивності, апатії, втрати енергії і вольових спонукань, що призводить до зменшення товарищескості і зневаги до повсякденної діяльності. Вираженість оцінюється за відомостями про соціальну поведінку хворого, отриманими від медичного персоналу і родичів.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: часом проявляє інтерес до соціального спілкування, але мало ініціативний. Вступає в контакт з іншими людьми тільки за ініціативою останніх.

4. Помірна вираженість: пасивно, механічно, без інтересу бере участь у більшості соціальних відносин, намагається триматися в тіні.

5. Сильна вираженість: приймає пасивну участь у дуже вузькому колі соціальних контактів, практично не проявляючи інтересу до них або ініціативи. Проводить мало часу в спілкуванні з іншими людьми.

6. Дуже сильна вираженість: хворий більшу частину часу апатичний, прагне до самоізоляції, дуже рідко проявляє якусь соціальну активність і часом зневажливо відноситься до власних потреб. Лише від випадку до випадку вступає в соціальні контакти.

7. Крайня ступінь вираженості: хворий глибоко апатичний, соціально ізольований, нехтує власними потребами, перестає обслуговувати себе.

V. Порушення абстрактного мислення (Н 5).

Розлад абстрактно-символічного мислення, що виявляється в труднощі класифікації та узагальнення, а також в нездатності відійти від конкретних або егоцентричних способів вирішення завдань. Вираженість оцінюється за відповідями на питання про смислову спільність предметів або понять, інтерпретації прислів'їв і домінуванням конкретного мислення над абстрактним в процесі бесіди.

1. Відсутній: стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: відзначається тенденція давати буквальну або особистісну інтерпретацію складних прислів'їв, можливі труднощі при тлумаченні абстрактних або віддалено пов'язаних тлумачень концептуального характеру.

4. Помірна вираженість: хворий часто вдається до конкретного способу мислення, відчуває труднощі при інтерпретації більшості прислів'їв та де-

яких абстрактних понять, а також при визначенні найбільш характерних ознак і функціонального аспекту явища або предмету.

5. Сильна вираженість: мислення переважно конкретне, хворий відчуває труднощі при інтерпретації більшості прислів'їв і понять.

6. Дуже сильна вираженість: хворий не здатний зрозуміти абстрактний сенс жодного із запропонованих прислів'їв або подібних виразів, класифікує по функціональній схожості тільки самі елементарні поняття. Мислення повністю непродуктивне або обмежується здатністю до виділення характерних ознак, визначення функціонального призначення або ідіосинкратичних інтерпретацій.

7. Крайня ступінь вираженості: у хворого зберігається тільки конкретне мислення, повністю відсутнє розуміння прислів'їв, поширених метафор і порівнянь або простих понять, зникає здатність до класифікації предметів і явищ навіть на підставі найбільш характерних ознак функціональних властивостей, цим балом можна також оцінювати хворих, бесіда з якими практично неможлива через різко виражені порушення розумової діяльності.

Порушення спонтанності і плавності мови. Н 6.

Утруднення нормального мовного спілкування внаслідок апатії, почуття беззахисності, зниження вольових мотивів або порушення мислення, що проявляється в розладі плавності мови і продуктивності вербального контакту. За вираженістю цих ознак у бесіді з лікарем дається бальна оцінка.

1. Відсутній – стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: хворий мало ініціативний під час бесіди, його відповіді зазвичай короткі і позбавлені подробиць, для отримання інформації доводиться ставити прямі і навідні запитання.

4. Помірна вираженість: мова хворого позбавлена плавності, нерівна або уривчаста. Для отримання необхідної інформації часто доводиться ставити навідні запитання.

5. Сильна вираженість: бесіда страждає на недолік спонтанності, відвертості хворого, відповіді на питання одним або двома короткими реченнями.

6. Дуже сильна вираженість: відповіді хворого зводяться до декількох слів або коротких фраз, спрямованих на припинення бесіди або різкого скорочення обсягу спілкування з лікарем (наприклад: «Я не знаю», «Я не можу говорити про це»). В результаті цього бесіда сильно ускладнена і непродуктивна.

7. Крайня ступінь вираженості: мова хворого, як правило, зводиться до випадкових висловлювань; бесіда з ним не можлива.

VII. Стереотипне мислення (Н 7).

Порушення плавності, спонтанності і гнучкості мислення, що проявляються в ригідності, повторюваності або повсякденності думок. Вираженість оцінюється за характером пізнавального процесу під час бесіди.

1. Відсутній – стан хворого не відповідає визначенню розладу.

2. Дуже слабка вираженість: сумнівна патологія, ознаки, що оцінюються, можуть бути на верхній межі норми.

3. Слабка вираженість: виявляється деяка ригідність установок і уявлень. Хворий може відмовлятися від розгляду альтернативних міркувань або відчувати труднощі при переведенні з однієї думки до іншої.

4. Помірна вираженість: бесіда весь час повертається до однієї і тієї ж теми, хворий важко переходить на іншу тему.

5. Сильна вираженість: ригідність і стереотипність мислення виражені настільки сильно, що бесіда, незважаючи на протидію лікаря, обмежується двома або трьома переважаючими темами.

6. Дуже сильна вираженість: неконтрольоване повторення вимог, заяв, окремих думок або питань, що значно ускладнює бесіду.

7. Крайня ступінь вираженості: в мисленні, поведінці і розмові хворого домінують постійно повторювані ідеї або окремі фрази, що призводить до неадекватності і різкої обмеженості контакту з лікарем.

Сума балів за шкалою негативних синдромів – (_____)

3. ШКАЛА ІМПУЛЬСИВНОСТІ Р. ПЛУЧЕКА (IS)

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____ Номер _____

Коди: 1 – жодного разу; 2 – іноді; 3 – часто; 4 – практично завжди

01. Чи важко Вам встояти в черзі?
02. Чи ухвалюєте Ви рішення під впливом моменту?
03. Чи є у Вас поривання до раптових витрат грошей?
04. Чи прогнозуєте Ви своє майбутнє?
05. Чи бувають у Вас напади злості?
06. Чи важко Вам зосередитися?
07. Чи важко Вам контролювати свої сексуальні потяги?
08. Чи відразу Ви висловлюєте думки, що з'явилися?
09. Як часто Ви їсте, якщо не голодні?
10. Чи імпульсні Ви?
11. Як часто Ви не закінчуєте те, що почали?
12. Чи важко Вам контролювати свої відчуття?
13. Чи легко Ви відволікаєтесь?
14. Чи важко Вам зберігати мовчання?
15. Чи часто Ви буваєте необережні?

Загальний бал: _____

4. ШКАЛА ВИКЛИКАНОЇ ЛІКАМИ АКАТИЗІЇ (Burns)

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____ Номер _____

Пацієнти повинні обстежуватися в положенні сидячи, потім стоячи у вільній позі (мінімум 2 хвилини в кожному положенні). Виявлені в іншій ситуації симптоми (наприклад, при активності в палаті), так само повинні бути оцінені. Згодом, за допомогою клінічного опиту, повинні бути виявлені суб'єктивні відчуття пацієнта.

Об'єктивно:

0 – нормальні суглобові рухи;

1 – руховий неспокій: човгання ніг, переступання з ноги на ногу, топтання на місці (за умови, що ці рухи спостерігалися менш, ніж в половині часу обстеження);

2 – виявлені ознаки, описані вище (у пункті 1), спостерігалися приблизно в половині часу обстеження;

3 – вираженість рухів така, що пацієнт не може залишатися на одному місці на протязі обстеження.

Суб'єктивне усвідомлення рухового неспокою:

0 – відсутність неспокою;

1 – невизначений неспокій;

2 – усвідомлення неможливості утримати ноги у стані спокою і / або зростання неспокою в стані спокою;

3 – відчуття примушення до руху велику частину часу і / або сильне бажання ходити, переступати з ноги на ногу під час обстеження.

Переживання рухового неспокою:

0 – ні;

1 – слабке;

2 – середнє;

3 – виражене.

Глобальна оцінка акатизії:

1 – сумнівна (тільки суб'єктивні скарги, тобто псевдо-акатизія);

2 – слабо виражена (неспецифічні скарги + метушливість);

3 – середня (неспецифічні скарги + акатизія);

4 – виразна (скарги на внутрішній неспокій + акатизія);

5 – виражена (скарги на неспокій + безсоння + акатизія).

5. ШКАЛА ВІДКРИТИХ ПРОЯВІВ АГРЕСІЇ С. ЮДОВСЬКОГО (OASCL)

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____ Номер _____

Критерії агресивних проявів		Так	Ні
<i>Вербальна агресія</i>			
0	Немає проявів вербальної агресії		
1	Пацієнт чинить гучний шум або сердито кричить		
2	Голосно ображає (наприклад: «Ви дурень»)		
3	Вживає нецензурні вирази		
4	Загрожує фізичною розправою		
<i>Фізична агресія по відношенню до себе</i>			
0	Немає проявів самоагресії		
1	Дряпає, щипає себе, рве волосся		
2	Б'є себе, розбиває кулаки, кидається на підлогу		
3	Наносить собі поверхневі рани і опіки		
4	Наносить собі серйозні пошкодження		
<i>Фізична агресія по відношенню до предметів</i>			
0	Немає проявів		
1	Ляскає дверима і рве одяг		
2	Кидає вниз речі, поганить стіни		
3	Ламає речі і б'є стекла		
4	Розводить вогонь і псує цінне майно		
<i>Фізична агресія спрямована на оточуючих</i>			
0	Немає проявів		
1	Замахується, хапає за одяг, загрожує жестами		
2	Б'є, тягає за волосся тих, що оточують (без причини)		
3	Нападає, заподіюючи легкі пошкодження		
4	Заподіює серйозні каліцтва		
<i>Загальний бал:</i>			

6. ОПИТУВАЛЬНИК ДІАГНОСТИКИ СТАНУ АГРЕСІЇ БАСА – ДАРКІ

Слово «агресія» надзвичайно часто вживається сьогодні в самому широкому контексті і тому потребує серйозного «очищення» від цілого ряду нашарувань і окремих смислів. Різні автори у своїх дослідженнях, монографіях по-різному визначають агресію та агресивність: як вроджену реакцію людини для «захисту займаної території» (Лоренц, Ардрі); як установку до

панування (Морісон); реакцію особистості на ворожу людині навколишню дійсність (Хорні, Фром). Дуже широке поширення одержали теорії, що пов'язують агресію і фрустрацію (Малер, Дуб, Долард).

Під агресивністю розуміють властивість, якість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в області суб'єктно-суб'єктних відносин. Ймовірно, деструктивний компонент людської активності є необхідним у творчій діяльності, оскільки потреби індивідуального розвитку з неминучістю формують у людях здатність до усунення і руйнування перешкод, подолання того, що протидіє цьому процесу.

Агресивність має якісну і кількісну характеристику. Як і всяке властивість, вона має різну ступінь вираженості: від майже повної відсутності до її граничного розвитку. Кожна особистість повинна мати певний ступінь агресивності. Відсутність її призводить до пасивності, відомості, конформності. Надмірне розвиток її починає визначати весь вигляд особистості, яка може стати конфліктною, нездатною на свідому кооперацію і т.д. Сама по собі агресивність не робить суб'єкта свідомо небезпечним, так як, з одного боку, існуюча зв'язок між агресивністю і агресією не є жорсткою, а, з іншого, сам акт агресії може не приймати свідомо небезпечні і незадовільні форми.

Виходячи з цього, можна розділити прояви агресії на два основних типи. Перший – мотиваційна агресія, як самоцінність, другий – інструментальна, як засіб (маючи на увазі при цьому, що і та, і інша можуть виявлятися як під контролем свідомості, так і поза ним, і сполучені з емоційними переживаннями (гнів, ворожість).

Визначивши рівень таких деструктивних тенденцій, можна з великим ступенем імовірності прогнозувати можливість прояву відкритої мотиваційної агресії. Однією з подібних діагностичних процедур є опитувальник Баса – Даркі. А. Басю, сприйняв ряд положень своїх попередників, розділив поняття агресії і ворожості і визначив останню як: «...реакцію, розвиваючу негативні почуття і негативні оцінки людей і подій». Створюючи свій опитуваль-

ник, диференціює прояви агресії і ворожості, А. Басьо і А. Даркі виділили наступні види реакцій:

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи.
2. Непряма – агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.
3. Роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).
4. Негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.
5. Образа – заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії.
6. Підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду.
7. Вербальна агресія – вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).
8. Почуття провини – висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що надходить зло, а також відчуються їм докори совісті.

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає «так» чи «ні». При складанні опитувальника використовувалися наступні принципи:

1. Питання може відноситися тільки до однієї форми агресії.
2. Питання формулюються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на запитання.

Опитувальник діагностики стану агресії Баса – Даркі:

1. Часом я не можу впоратися з бажанням завдати шкоди іншим.
2. Іноді пліткують про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.

6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчуття.
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував (ла) болючі докори совісті.
9. Мені здається, що я не здатний (на) вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий (а) до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене кілька більш дружньо, ніж я очікував (ла).
15. Я часто буваю незгодний (ою) з людьми.
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хто-небудь першим ударив мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, ухиляється від роботи, повинні відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лють, коли наді мною глузують.
28. Коли люди будують із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається.

30. Досить багато людей заздять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно переводять вас, варті того, щоб їх «клацнули по носі».
34. Я ніколи не буваю похмурий (ою) від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засму-
чуюсь.
36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до «сильних» виразами.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь вдарить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти» чужинцям.
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось.
49. З дитинства я ніколи не виявляв (ла) спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою
нелегко працювати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей роби-
ти що-небудь приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші.

56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злий (ла), що хапав ліпшу мені під руку річ і ламав її.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим (ою) почати бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя надходить зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав (ла), що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.
60. Я лаюся тільки зі злості.
61. Коли я поступаю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубуватий (та) стосовно людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.
66. Я не вмю поставити людину на місце, навіть якщо він того заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь через дрібниці.
70. Мені рідко приходить в голову, що люди намагаються розлютити або образити мене.
71. Я часто тільки загрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У суперечці я часто підвищую голос.
74. Я намагаюся зазвичай приховувати своє погане ставлення до людей.
75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

Обробка даних:

1. *Фізична агресія*: «так» = 1, «ні» = 0: 1, 25, 31, 41, 48, 55, 62, 68, «ні» = 1, «так» = 0 : 9, 7.

2. *Непряма агресія*: «так» - 1, «ні» = 0 : 2, 10, 18, 34, 42, 56, 63, «ні» = 1, «так» – 0 : 26, 49.

3. *Роздратування*: «так» = 1, «ні» = 0 : 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72, «ні» = 1, «так» = 0 : 11, 35, 69.

4. *Негативізм*: «так» = 1, «ні» = 0 : 4, 12, 20, 28, «ні» = 1, «так» = 0 : 36

5. *Образа*: «так» = 1, «ні» = 0 : 5, 13, 21, 29, 37, 44, 51, 58.

6. *Підозрілість*: «так» = 1, «ні» = 0 : 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59, «ні» = 1, «так» = 0 : 33, 66, 74, 75.

7. *Вербальна агресія*: «так» = 1, «ні» = 0 : 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73, «ні» = 1, «так» = 0 : 33, 66, 74, 75.

8. *Почуття провини*: «так» = 1, «ні» = 0 : 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності (як прямий, так і мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4 , а ворожості – $6, 5 - 7 \pm 3$. При цьому звертається увага на можливість досягнення певної величини, що показує ступінь прояву агресивності.

Користуючись даною методикою, необхідно пам'ятати, що агресивність, як властивість особистості, і агресія, як акт поведінки, можуть бути зрозумілі в контексті психологічного аналізу мотиваційної сфери особистості. Тому опитувальником Баса – Даркі слід користуватися в сукупності з іншими методиками – особистісними тестами психічних станів, проєктивними методиками.

7. ТЕСТ «РУКИ» ВАГНЕРА (HAND TEST)

Тест опублікований Б. Брайкліном, З. Піотровський і Е. Вагнером у 1962 році. Ідея тесту належить Е. Вагнера. У теоретичному обґрунтуванні автори виходять з положення про те, що розвиток функції руки пов'язаний з розвитком головного мозку. Велике значення руки в сприйнятті простору, орієнтації в ньому, необхідних для будь-якої дії. Рука безпосередньо залучена в зовнішню активність. Отже, пропонуючи обстежуваним в якості візуа-

льних стимулів зображення руки, що виконує різні дії можна зробити висновки про тенденції активності пацієнтів.

Методичний прийом, покладений в основу тесту руки, полягає в тому, що випробуваного просять проінтерпретувати зміст дії, представленої у вигляді «стоп-кадру» зображення кисті руки, соціально нейтрального і не несе будь-якої смислового навантаження. Передбачається, що включення елемента в контекст ширшого виду активності і в сам вибір цього виду активності відбувається за механізмом проекції і в значній мірі визначається готівковим станом випробуваного й, зокрема, його активними мотивами.

Інструкція: «Уважно розгляньте запропоновані Вам зображення і скажіть, що, на Вашу думку, робить ця рука?»

Якщо випробуваний вагається з відповіддю, йому пропонується питання: «Як Ви думаєте, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назвіть всі варіанти, які можете собі уявити».

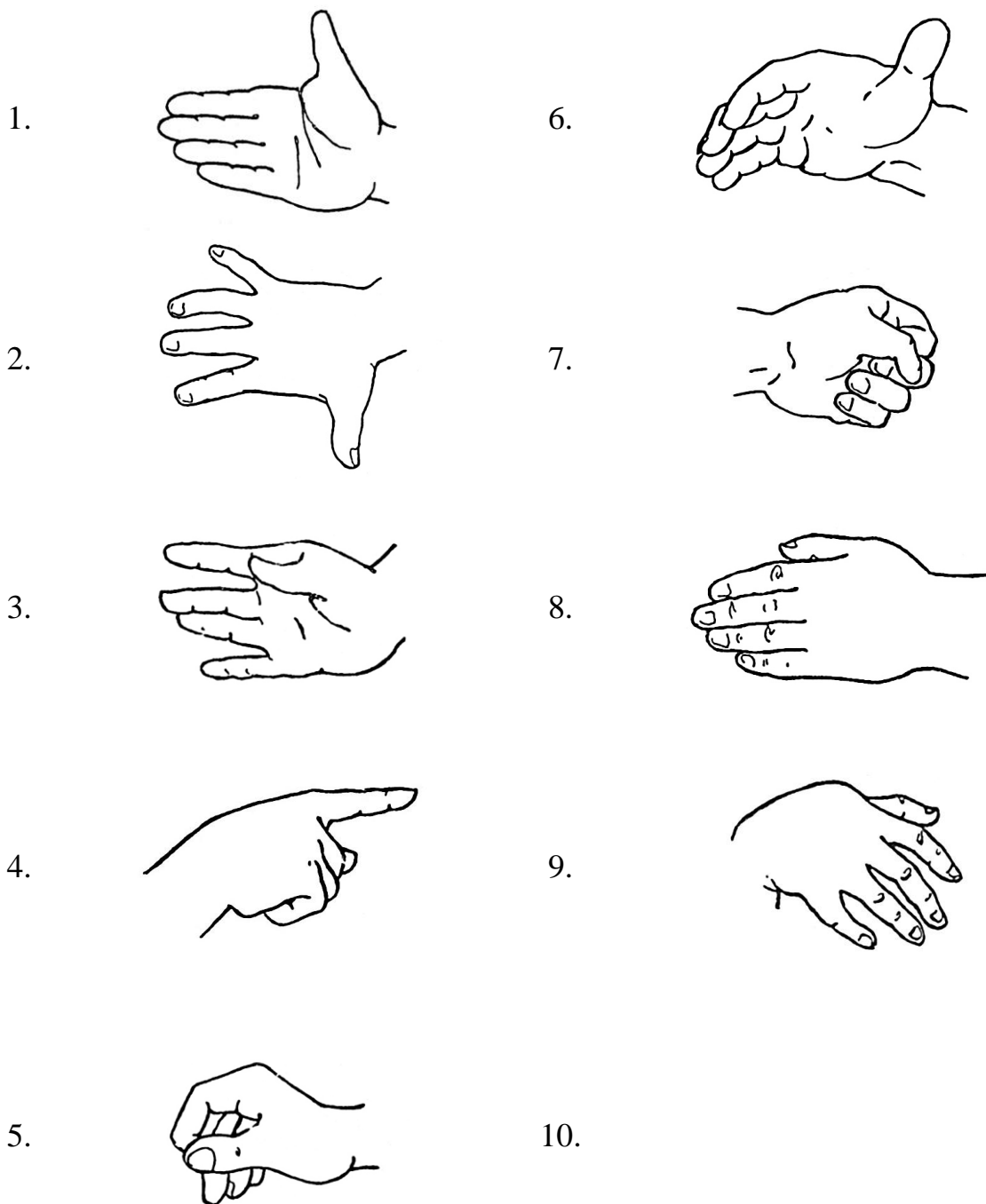
Стимульний матеріал – стандартні 9 зображень кисті руки і одна без зображення (подібно порожній картці в тематичному тесті апперцепції), при показі якої просять уявити кисть руки і описати її уявні дії.

Зображення пред'являються в певній послідовності і положенні. При нечіткій і недвозначній відповіді просять пояснення, запитують: «Добре, а що ще?», але не нав'язують жодних специфічних відповідей. Якщо експериментатор відчуває, що його дії зустрічають опір, рекомендується перейти до іншої картці. Тримати малюнок-картку можна в будь-якому положенні. Кількість варіантів відповідей по картці не обмежується і не стимулюється так, щоб викликати опір пацієнта. Бажано отримати чотири варіанти відповідей. Якщо число відповідей менше, уточнюєте, чи немає бажання ще щось сказати з даного зображенню руки, а в протоколі, наприклад, при єдиному варіанті відповіді проставляється його позначення зі знаком «*4», тобто цей єдиний безальтернативний відповідь оцінюється в чотири бали замість одного.

Важливо у всіх можливих випадках (якщо пацієнт не виражає протесту) максимально знижувати невизначеність відповіді, наповнювати змістом

висловлювання типу «хтось, щось, комусь». Усі відповіді фіксуються в протоколі. Крім запису відповідей реєструється становище, в якому обстежуваного пацієнта тримає картку, а також час з моменту пред'явлення стимулу до початку відповіді.

Стимульний матеріал тесту «Руки»:



При обробці отриманих результатів кожен відповідь випробуваного відносять до однієї з 11 наступних категорій:

1. *Агресія (А)*. Рука сприймається як домінуюча, завдає ушкодження, активно захоплює який-небудь предмет, що здійснює агресивна дія (щипання, що дає ляпас, що давить комаха, готова завдати удару і т.п.).

2. *Вказівка (В)*. Рука бере участь у дії імперативного характеру: веде, направляє, перешкоджає, панує над іншими людьми (диригує оркестром, дає вказівку, читає лекцію, вчитель каже до учня: «Вийди геть», міліціонер зупиняє машину і т.п.).

3. *Страх (С)*. Рука виступає у відповідях як жертва агресивних проявів іншої особи або прагне захистити кого-небудь від фізичних впливів; може сприйматися як завдає пошкодження самої себе. У цю категорію також включаються відповіді, які містять тенденції до заперечення агресії (не зла рука; кулак стислий, але не для удару; піднята в страху рука, рука, відвертаються удар і т.п.).

4. *Емоційність (Е)*. Рука висловлює любов, позитивні емоційні установки до інших людей, бере участь у дії, виражає прихильність, позитивне ставлення, доброзичливість (дружнє рукостискання; поплескування по плечу; рука, гладяча тварину, що дарує квіти; обіймаються рука і т.п.).

5. *Комунікація (К)*. Рука бере участь в комунікативному дії: звертається до кого-небудь, контактує або прагне встановити контакти. Спілкуються партнери знаходяться в положенні рівності (жестикуляція в розмові, мова жестів, показує дорогу тощо).

6. *Залежність (З)*. Рука висловлює підпорядкування іншим особам: бере участь в комунікативному дії в позиції «знизу», успіх якого залежить від доброзичливого ставлення іншого боку (прохання; солдат віддає честь офіцерові; учень підняв руку для питання; рука, простягнута за милостинею; людина зупиняє попутну машину і т.п.).

7. *Демонстративність (Д)*. Рука різними способами виставляє себе на показ, бере участь в явно демонстративному дії (показує кільце, милується

манікюром, показує тіні на стіні, танцює, грає на музичних інструментах тощо).

8. *Однорукість* (О). Рука пошкоджена, деформована, хвора, нездатна до будь-яких дій (поранена рука, рука хворого або вмираючого, зламаний палець і т.п.).

9. *Активна безособовість* (АБ). Рука бере участь у дії, не пов'язаному з комунікацією, а проте рука повинна змінити своє фізичне місце розташування, докласти зусилля (втягає нитку в голку, пише, шиє, веде машину, пливе).

10. *Пасивна безособовість* (ПБ). Рука в спокої, або спостерігається поява тенденції до дії, завершення якого не вимагає присутності іншої людини, але при цьому рука все ж не змінює свого фізичного стану (лежить, відпочиваючи; спокійно витягнута; людина сперлася на стіл; звисилася під час сну).

11. *Опис* (О). У цю категорію входять описи без вказівки на здійснюються нею дії (пухка рука, красива рука, рука дитини, рука хворої людини).

При категоризації можлива певна однозначність, проте передбачається, що вона не дуже істотно впливає на остаточну інтерпретацію. Нижче для ілюстрації наводиться приблизна форма протоколу. У першій колонці зазначають номер картки. У другій дається час першої реакції на картку в секундах. У третій наводяться всі відповіді пацієнта. У четвертій – результати категоризації відповідей. Якщо експериментатору доводиться звертатися до випробуваному з уточненнями – це позначається.

Після категоризації підраховується кількість висловлювань у кожній категорії. Максимальна кількість балів, яку може набрати пацієнт, враховуючи, що він дає по чотири відповіді на кожну картку – 40. Однак пацієнт може давати більше відповідей по одним категоріям і менше за інших. Відповіді пов'язані з категоріями «Агресія» і «Вказівка», розглядаються як пов'язані з готовністю пацієнта до вищого прояву агресивності, небажанням пристосуватися до оточення. Категорії відповідей: «Страх», «Емоційність», «Комунікація» і «Залежність» відбивають тенденцію до дії, спрямовану на пристосування до соціального середовища; при цьому вірогідність агресивної поведін-

нки незначна. Відповіді пов'язані з категоріями «Демонстративність» і «Однорукість», при оцінці ймовірності агресивних проявів не враховуються, тому що їх роль в даній області поведінки непостійна. Ці відповіді можуть лише уточнювати мотиви агресивної поведінки. Категорії «Активна безособовість» і «Пасивна безособовість» в аналізі також не беруть участь, так як їх вплив на агресивність поведінки не однозначно.

Сумарний бал агресивності обчислюється, за формулою: $A = (\text{Агресія} + \text{Вказівка}) - (\text{Страх} + \text{Емоційність} + \text{Комунікація} + \text{Залежність})$.

Тобто кількісний показник відкритої агресивної поведінки розраховується шляхом віднімання суми «адаптивних» відповідей із суми відповідей за першими двома категоріями.

Перший член формули характеризує агресивні тенденції, другий – тенденції, що стримують агресивну поведінку.

Скорочена інтерпретація результатів тесту ґрунтується на порівнянні сумарного бала з тестовими нормами та прийнятті рішення про рівень агресивності і актуальному стані. Однак більш змістовну інформацію можна отримати при аналізі питомої ваги і місця агресивних тенденцій в загальній системі диспозицій. Інформаційної в плані прогнозу агресивної поведінки є частка відповідей в категорії «Агресія» по відношенню до сумарної кількості відповідей в категоріях, що враховуються при підрахунку сумарного балу.

Таким чином, 2 – 3 агресивних відповіді при повній відсутності відповідей типу соціальної кооперації говорять про великий ступінь вираженості, ніж безліч таких відповідей на тлі ще більшої кількості установок на доброзичливе міжособистісне ставлення.

Тобто установки на соціальне співробітництво і залежність переважають над агресивними, домінантними тенденціями.

Важливо, що значення має не тільки співвідношення установок на соціальну кооперацію і агресію, але і те, які саме тенденції протиставляються конфронтації, що спонукає людину до співпраці. Страх перед повторною агресією, почуття власної неповноцінності, залежності або потреба в теплих,

дружніх контактах з оточуючими. Зовні подібне поводження в цих випадках має принципово різні внутрішні детермінанти. Дані про їх природі можна отримати при аналізі питомої ваги установок, які протистоять агресії (категорії «Страх», «Комунікація», «Емоційність», «Залежність»).

Крім даних про рівень агресивності, за допомогою тесту руки можна отримати багато додаткової інформації, що характеризує поточне психічний стан пацієнта. Для цього проводиться аналіз по всіх категоріях тесту і визначається процентне співвідношення відповідей за окремими категоріями.

Цікава інформація може бути отримана при аналізі відповідей по тим категоріям, які не входять у підрахунок сумарного бала агресивності.

1. Високий відсоток відповідей по категорії «Демонстративність» свідчить про прояви істероїдності, демонстративності.

2. Підвищена питома вага відповідей за категоріями «Залежність», «одноруким» і «Пасивність» характерний для хворих з органічною патологією мозку.

3. Збільшення відсотка відповідей по категорії «Однорукість» свідчить про наявність у пацієнта іпохондричних переживань.

4. Зниження числа відповідей за категоріями «Активна безособовість» і «Пасивна безособовість» інтерпретується як прояв гіперсензитивності випробуваного, тобто лише деякі зовнішні стимули є для нього нейтральними і безособовими.

5. У тому випадку коли більшу частину займають відповіді за категоріями «Опис», «Пасивна безособовість», можна зробити висновок про значне зниження загального рівня активності випробуваного. Такий стан може бути наслідком астенії, або проявом більш глибоких змін енергетики.

6. Зниження числа відповідей за категоріями «Емоційність» і «Комунікація», пов'язаних з процесом навчання, говорить про необхідність звернути увагу психолога на сферу соціальних контактів випробуваного, дозволяє припустити наявність складнощів у цій галузі, відгородженій від оточуючих, або аутизації.

Аналіз даних по виділених параметрах має якісний характер і повинен проводитися з великою обережністю при достатньому досвіді роботи з методикою.

Використання тесту руки Е. Вагнера може бути продуктивним не тільки при діагностиці агресивності, але і в деяких інших випадках.

1. Для діагностики міжособистісних відносин. В цьому випадку керівництво видозмінюється. Пацієнта просять відповісти на питання про те, що робить рука, зображена на картках, але при цьому психолог каже: «Уявіть собі, що це рука Вашого друга (дитини, чоловіка, дружини, керівника і т.п.)». Даний варіант дає можливість побачити, які тенденції і який знак соціальної спрямованості (позитивний чи негативний) приписуються партнеру і, таким чином, можна проаналізувати актуальне ставлення до нього випробуваного.

2. Для діагностики кандидатів, висунутих на керівні посади. Якщо в процесі тестування виявляється підвищений питома вага відповідей по категорії «Вказівка» і одночасно незначний відсоток установок на соціальну кооперацію, то можна з великою ймовірністю прогнозувати жорстку, авторитарну позицію майбутнього керівника. При відсутності відповідей за категоріями «Вказівка» і «Агресія» і одночасному збільшенні відповідей за категоріями «Залежність» і «Страх» кандидат, швидше за все, проявляє себе як ведений, залежний, не здатний відстоювати свою позицію.

3. Для діагностики агресивності різних груп злочинців, прогнозу відкритого агресивної поведінки в кримінальній психології при проведенні судово-психологічної експертизи.

8. ШКАЛА ОЦІНКИ АНОМАЛЬНИХ МИМОВІЛЬНИХ РУХІВ (AIMS)

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____ Номер _____

Інструкції:

1. Повністю завершіть огляд, перш ніж оцінювати в балах.
2. Проводячи оцінку, оцініть спостережуваний рух найвищого ступеня тяжкості і оцінюйте рухи, які виявляються при активізації на один рівень тяжкості менш, ніж спостережені спонтанно.
3. Обведіть в кружок цифру відповідної відповіді.

Шкала оцінки аномальних мимовільних рухів (AIMS)

1. Мімічні рухи:	
<i>1.1. Мімічні м'язи:</i>	
Наприклад, лоба, брів, щік, кола очей; включаючи нахмурений, всміхнений, гримасуючий вираз	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
<i>1.2. Губи і коло рота:</i>	
Наприклад, зморщування, надування губ, чмокання	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
<i>1.3. Щелепи:</i>	
Наприклад, кусальні, такі, що стискають, жувальні і ковтальні, відкриття рота, зрушення щелепи убік	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
<i>1.4. Мова:</i>	
Оцінюйте тільки збільшення рухів мови як усередині рота, так і зовні, а не нездатність підтримувати рухи	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь

2. Рухи кінцівок:	
<i>2.1. Верхні кінцівки (передпліччя, зап'ястя, кисті, пальці):</i>	
Включаються хореоподібні рухи (тобто, швидкі, об'єктивно позбавлені сенсу, неправильні, спонтанні), атетоидные рухи (тобто, повільні, неправильні, складні змієподібні). Не включати тремор (тобто, що повторюються, правильні, ритмічні).	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
<i>2.2. Нижні кінцівки (ноги, коліна, стопи, пальці на ногах)</i>	
Наприклад, розведення колін, постукування стопами, п'ятами, вигинання, вивертання стоп	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
3. Рухи тулуба:	
<i>3.1. Шия, плечі, стегна:</i>	
Наприклад, гойдання, обертання, вигинання, кругові рухи тазом	0 – Відсутні 1 – Мінімальні (може бути крайнім варіантом норми) 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
4. Загальні оцінки:	
<i>4.1. Ступінь тяжкості аномальних рухів</i>	0 – Відсутній / в межах норми 1 – Мінімальні 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
<i>4.2. Обмеження дієдатності унаслідок аномальних рухів</i>	0 – Відсутній / в межах норми 1 – Мінімальні 2 – Легкий ступінь 3 – Середній ступінь 4 – Важкий ступінь
<i>4.3. Усвідомлення пацієнтом аномальних рухів</i>	0 – Відсутній 1 – Обізнаний, але не стурбований 2 – Обізнаний, злегка стурбований 3 – Обізнаний, сильно стурбований 4 – Обізнаний, страждає

5. Стоматологічний статус:	
5.1. Які-небудь поточні проблеми із зубами і / або зубними протезами	0 – Ні 1 – Так
5.2. Чи носить пацієнт зазвичай вставні щелепи?	0 – Ні 1 – Так

9. ШКАЛА ОЦІНКИ ЕКСТРАПІРАМІДНИХ СИМПТОМІВ (ESRS)

Досить детальну оцінку гіперкінетичних розладів можна провести за допомогою шкали екстрапірамідних симптомів (ESRS). Вона складається з декількох розділів: розділ I містить пошуковий опитувальник, що стосується загальних відомостей про симптоми паркінсонізму, дистонію і дискінезію і що дозволяє оцінити 3 ступені вираженості їх характеристик (слабка, помірна, важка) або відсутність ознак. Наступні розділи містять оцінку симптомів паркінсонізму і ступеня їх тяжкості по 6-балльній системі (розділ II), симптомів дистонії окремо в руках і ногах також при 6-балльній оцінці їх вираженості (III розділ) і дискінезії з докладною вказівкою їх локалізації і 6-балльній оцінкою. Розділи V і VI містять шкалу загального клінічного враження за оцінкою тяжкості дискінезії і паркінсонізму.

Шкала екстрапірамідних симптомів (ESRS):

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____ Номер _____

№	Розділи шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.	Паркінсонізм, дистонія і дискінезія (0 – 3)										
1.	Враження сповільненості рухів або слабкості										
2.	Трудність в ходінні або збереження балансу										
3.	Утруднення в ковтанні або веденні розмови										
4.	Скам'янілість, скам'яніла поза										
5.	Спазми або болі в кінцівках, спині або шиї										
6.	Непосидючість, неможливість утримувати себе в одному місці										
7.	Тремор, трясіння										
8.	Загортання очей вгору, перебування в ненормальній позі										
9.	Посилене слиновиділення										
10.	Дискінезія кінцівок або тіла										
11.	Дискінезія мови, щелепи, губ або особи										
12.	Ортостатизм										

II.	Паркінсонізм (0 – 6)																		
1.	Автоматичні рухи виразного плану (міміка, мова)																		
2.	Брадикінезія (загальмованість)																		
3.	Ригідність права рука																		
	Ліва рука																		
	Права нога																		
3.	Ліва нога																		
	Права нога																		
4.	Хода і поза																		
5.	Тремор права рука																		
	Ліва рука																		
	Права нога																		
	Ліва нога																		
	Голова																		
	Щелепа / підборіддя																		
	Мова																		
Губи																			
6.	Акатизія (непосидючість)																		
7.	Слиноотеча																		
8.	Стабільність рівноваги																		
III.	Дистонія (0 – 6)																		
1.	Гостра дистонія, що скручує, права рука																		
	Ліва рука																		
	Права нога																		
	Ліва нога																		
	Голова																		
	Щелепа / підборіддя																		
	Мова																		
Губи																			
2.	Негостра або хронічна дистонія, що запізнилася, права рука																		
	Ліва рука																		
	Права нога																		
	Ліва нога																		
	Голова																		
	Щелепа / підборіддя																		
	Мова																		
Губи																			
IV.	Дискінетичні рухи (0-6)																		
1.	Рухи мови (повільні горизонтальні або такі, що скручують)																		
2.	Рухи щелепи (горизонтальні рухи, жування, покусання, зціплення)																		
3.	Рухи відносяться до області губ і щік (зморщування тощо)																		
4.	Рух корпусу (розгойдування, звивання, обертання тазом)																		

5.	Верхні кінцівки (тільки хореатероїдні рухи)																		
6.	Нижні кінцівки (тільки хореатероїдні рухи)																		
7.	Інші мимовільні рухи (ковтання, нахмурення)																		
V.	Загальна клінічна картина гостроти дискінезії (0 – 8)																		
VI.	Загальна клінічна картина гостроти паркінсонізму (0 – 8)																		

10. ШКАЛА СІМПСОНА – АНГУСА

ДЛЯ ОЦІНКИ ЕКСТРАПІРАМІДНИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ (SAS)

Огляд повинен проводитися в такому приміщенні, щоб у пацієнта була можливість пройти дистанцію природно, в звичайному для нього ритмі, наприклад, 15 кроків. Оцінюється кожна частина тіла; якщо розлад в одній частині тіла виражений більше, ніж в іншій, то оцінюється більш виражене.

Симптом «зубчатого колеса» може пальпаторно відчуватися при дослідженні за пунктами 3, 4, 5 і 6. Це єдиний додатковий спосіб визначення ригідності, проте він не оцінюється окремо. Присутність цього симптому лише указує, що необхідно виставити оцінку як мінімум в 2 бали.

Слідуйте процедурі огляду, описаній за кожним пунктом.

Обведіть в кружок цифру відповідної відповіді.

Шкала Сімсона – Ангуса:

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____ Номер _____

1	2
1. Хо́да:	
<p>Оцінюється те, як пацієнт входить в кімнату для огляду; його хода, рухи руками, загальна поза; всі разом формує основу для спільного рахунку по даному пункту.</p>	<p>0 – нормально; 1 – злегка помітне зниження об'єму рухів під час ходи; 2 – явне зниження об'єму рухів, яке вказує на ригідність у плечовому поясі; 3 – скута хода з ледве помітними рухами рук або їх відсутністю; 4 – ригідна хода із злегка зігнутими руками; або пацієнт сильно сутулюється, човгає, рух вперед утруднений.</p>

1	2
2. Вільне падіння рук:	
<p>Пацієнт і дослідник, обидва піднімають руки на рівень плечей і дозволяють їм вільно впасти. У разі норми, виразно чутний сильний ляпанець по тілу. У разі вираженого паркінсонізму руки опускатимуться дуже поволі.</p>	<p>0 – нормальне, вільне падіння рук, чутний ясний ляпанець, присутня віддача; 1 – падіння злегка сповільнене, звук ляпанця ослаблений, мала віддача; 2 – падіння сповільнене, немає віддачі; 3 – значне уповільнення падіння, відсутність ляпанця; 4 – руки опускаються неначе долаючи опір; «як крізь клей».</p>
3. Гойдання плечей:	
<p>Руки пацієнта зігнуті в ліктях під прямим кутом, дослідник бере одну руку за кисть і одночасно здавлює іншу в області ліктя. Верхня частина руки штовхається вперед-назад, плечова кістка при цьому обертається назовні. Оцінюється опір, згідно вказаним ступеням. Процедура повторюється з обмацуванням плеча під час ротації.</p>	<p>0 – норма; 1 – незначна скутість і опір; 2 – скутість і опір середньому ступеню; 3 – значна ригідність, утруднення в пасивних рухах; 4 – виражена скутість і ригідність, суглоб майже «заморожений».</p>
4. Скутість ліктів:	
<p>Зігнуті в ліктях під прямим кутом руки по черзі, пасивно згинаються і розгинаються, при цьому оглядається і пальпується біцепс пацієнта. Оцінюється опір процедури.</p>	<p>0 – норма; 1 – незначна скутість і опір; 2 – скутість і опір середньому ступеню; 3 – значна ригідність, утруднення в пасивних рухах; 4 – виражена скутість і ригідність, суглоб майже «заморожений».</p>
5. Ригідність зап'ястя:	
<p>Дослідник тримає однією рукою зап'ястя пацієнта, інший – його пальці, при цьому згинаючи і розгинаючи руку пацієнта в зап'ястному суглобі, відхиляючи її в ульнарну і радіальну сторони, або розігнуту руку відпускають, дозволяючи їй впасти під власною вагою, або захоплення може робитися вище за зап'ястя, щоб можна було трясти гроном пацієнта. Оцінці «1» відповідає рука, яка легко розгинається, вільно падає або з легкістю бовтається вгору-вниз.</p>	<p>0 – норма; 1 – незначна скутість і опір; 2 – скутість і опір середньому ступеню; 3 – значна ригідність, утруднення в пасивних рухах; 4 – виражена скутість і ригідність, суглоб майже «заморожений».</p>
6. Обертання головою:	
<p>Пацієнтові сидячи або стоячи повідомляють про намір повернути його голову з одного боку в інший, що це не боляче і що йому слід розслабитися. (Необхідно заздалегідь поставити питання щодо можливих болів в області шиї і утруднень в рухах, щоб не заподіяти йому біль). Голову пацієнта затисніть між долонями, поклавши пальці на потилицю. Аккуратно обертайте голову три рази і оцініть опір цьому руху.</p>	<p>0 – обертається легко, без опору; 1 – незначний опір руху, хоча час обертання не змінюється; 2 – помітний опір, час обертання збільшений; 3 – явний опір, обертання сповільнений; 4 – голова здається такою, що закріпилася, ротація утруднена.</p>

1	2
7. Биття по надперенісцю:	
<p>Пацієнтові пропонують широко розплющити очі і не моргати. Область надперенісся (глабела) б'ють з постійною, швидкою швидкістю. Наголошується кількість разів, скільки пацієнтові вдалося моргнути. Слід стояти за спиною у пацієнта, щоб він не помічав ударів пальцем. Необов'язково бачити все моргання цілком; це може бути м'язове скорочення, якщо коло очні м'язи сіпаються кожного разу у відповідь на стимул від пальця. Варіюйте швидкість биття, щоб переконатися, що м'язи реагують відповідно ударам.</p>	<p>0 – 0 – 5 моргань; 1 – 6 – 10 моргань; 2 – 11 – 15 моргань; 3 – 16 – 20 моргань; 4 – 21 і більш за моргання .</p>
8. Тремор:	
<p>Спостерігають за пацієнтом в мить, коли він входить в кімнату для огляду і потім продовжують спостерігати в час, коли він згинає руки в ліктях під прямим кутом, а пальці рук розведені якнайширше.</p>	<p>0 – в межах норми; 1 – легкий тремор пальців рук, помітний оком і на дотик; 2 – тремор кистей або рук нерегулярний; 3 – стійкий тремор одній або більш за кінцівки; 4 – тремтіння всього тіла.</p>
9. Слиновиділення:	
<p>Пацієнт спостерігається під час розмови, потім його просять відкрити рот і підняти мову.</p>	<p>0 – в межах норми; 1 – слиновиділення збільшене так, що при відкритому роті і піднятій мові видно скупчення слини по роту; 2 – слиновиділення збільшене настільки, що іноді приводить до утруднень в мові; 3 – мова утруднена із-за посиленого слиновиділення; 4 – рясна слинотеча.</p>
10. Акатизія:	
<p>Пацієнт обстежується на предмет рухового неспокою. Якщо воно наголошується, то задається питання: «Ви відчуваєте руховий неспокій або тремтіння усередині себе; важко Вам залишатися в спокої?» Суб'єктивна думка пацієнта не є необхідною, проте може допомогти правильній оцінці.</p>	<p>0 – руховий неспокій не повідомляється пацієнтом і не спостерігається; 1 – легкий руховий неспокій спостерігався; 2 – руховий неспокій середнього ступеня спостерігався; 3 – руховий неспокій спостерігався часто; 4 – руховий неспокій спостерігався постійно.</p>

1. ТОРОНТСЬКА ШКАЛА АЛЕКСИТИМІЇ (TAS)

Алекситимія (др.-грецьк. ἀ- – приставка з негативним значенням, λέξις – слово, θυμός – почуття, буквально «без слів для почуття») – психологічна характеристика особистості, яка включає наступні особливості:

- утруднення в визначенні і опису (вербалізації) особистих емоцій і емоцій інших людей;
- утруднення в визначенні емоцій і відчуття тіла;
- зниження здатності до символізації, зокрема до фантазії;
- фокусування переважно на зовнішніх подіях, на шкоду внутрішнім хвилюванням;
- схильність до конкретного, утилітарного, логічного мислення при дефіциті емоційних реакцій.

Всі перераховані особливості можуть проявлятися в рівному ступені або одна з них може переважати.

Термін «алекситимія» запропонував у 1973 році Пітер Сіфнеос (Peter Sifneos). Торонтська шкала алекситимії (TAS) створена G. J. Taylor і співавт. (1985). Багаточисленні дослідження із застосуванням шкали довели стабільність, надійність і валідність її факторної структури і відповідно одержаних результатів.

Російський варіант торонтської шкали алекситимії був адаптований у психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева. При заповненні анкети досліджуваний характеризує себе, використовуючи для відповідей шкалу Ліккерта – від «зовсім не згоден» до «зовсім згоден». При цьому одна половина пунктів має позитивний код, інша – негативний. Алекситимічними вважають людей, що набрали за TAS 74 бали і більше, відсутності алекситимії відповідає показник менше 62 балів. Проведені дослідження показали, що від 5,0 до 23,0 % здорового дорослого населення мають окремі алекситимічні риси.

Торонтська шкала алекситимії (TAS):

Питання:	Зовсім не згоден	Скоріш не згоден	Ні	Скоріш згоден	Зовсім згоден
1. Коли я плачу, я завжди знаю, чому					
2. Мрії – це втрата часу					
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим					
4. Я часто затрудняюсь визначати, які почуття я відчуваю					
5. Я часто мрію про майбутнє					
6. Я вважаю, я так же здатний легко заводити друзів, як і інші					
7. Знати, як вирішувати проблеми, більш важливо, ніж розуміти причини цих рішень					
8. Мені важко знаходити вірні слова для моїх почуттів					
9. Мені подобається повідомляти людям свою позицію по тим чи іншим питанням					
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі також лікарям					
11. Мені недостатньо знати, що щось привело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це виникає					
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття					
13. Я волю аналізувати проблеми, а не просто їх описувати					
14. Коли я засмучений, я не знаю, сумний чи я, наляканий або злий					
15. Я часто даю волю уяві					
16. Я проводжу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим					
17. Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі					
18. Я рідко мрію					
19. Я волю, щоб все йшло само собою, чим розуміти, чому відбулося саме так					
20. У мене бувають почуття, яким я можу дати цілком точне визначення					
21. Дуже важливо вміти розбиратися в емоціях					
22. Мені важко описувати свої почуття по відношенню до людей					
23. Люди мені говорять, щоб я більше висловлював свої почуття					
24. Слід шукати більш глибокі пояснення тому, що відбувається					
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині					
26. Я часто не знаю, чому я серджусь					

Підрахунок балів здійснюється за ключем:

Негативний код мають пункти шкали: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24.

По цим пунктам слід поставити протилежну оцінку: оцінка 1 отримує 5 балів, 2 – 4, 3 – 3, 4 – 2, 5 – 1.

Сума балів по всім пунктам опитувальника дорівнює балу висновку.

Рівень алекситимії у хворих з психосоматичними розладами, хворих невротами і здорових осіб:

- психосоматичні захворювання $72,09 \pm 0,82$;
- невротизм $70,1 \pm 1,3$;
- контрольна група здорових $59,3 \pm 1,3$ при $p < 0,01$.

Рівень алекситимії у хворих з різними психосоматичними розладами, хворих невротами і здорових осіб:

- психосоматичні захворювання:
- бронхіальна астма $71,84 \pm 1,40$;
- гіпертонічна хвороба $72,62 \pm 1,42$;
- виразкова хвороба $71,11 \pm 1,40$;
- невротизм $70,1 \pm 1,3$.

Контрольна група здорових $59,3 \pm 1,3$ при $p < 0,01$.

2. ШКАЛА ЕМОЦІЙНОГО ВІДГУКУ А. МЕГРАБЯНА (BEES)

Емпатія (від др.-грецьк. «empathēia» – співпереживання) – індивідуально-психологічна властивість, що характеризує здатність людини до співпереживання, співчуття, розуміння емоційного стану інших. Співпереживання – це прийняття почуттів, які відчуває інша людина так, як якби вони були нашими власними. Здатність до емпатії частково є соціально зумовленою рисою характеру, а окремо – генетично обумовленою особливістю. Емпатія складає ядро комунікації, виступає її системоутворюючим принципом. У спілкуванні здатність до емпатії сприяє збалансованості міжособистісних відносин, визначає соціальну прийнятність поведінки людини.

Для дослідження емпатії використовується методика «Шкала емоційного відгуку» (Balanced Emotional Empathy Scale – BEES). Цей опитувальник був розроблений Альбертом Меграбяном (Albert Mehrabian) і модифікований Н. Епштейном. З точки зору А. Меграбяна, емоційна емпатія – це здатність співпереживати іншій людині, відчувати те, що відчуває інший, переживати ті ж емоційні стани, ідентифікувати себе з ним.

Методика «Шкала емоційного відгуку» дозволяє проаналізувати загальні емпатійні тенденції пацієнта, такі параметри, як рівень вираженості здатності до емоційного відгуку на переживання іншого і ступінь відповідності / невідповідності переживань об'єкта і суб'єкта емпатії.

Шкала складається з 25 суджень закритого типу – як прямих, так і зворотних. Випробуваний повинен оцінити ступінь своєї згоди / незгоди з кожним з них. Шкала відповідей (від «повністю згоден» до «повністю не згоден») дає можливість висловити відтінки ставлення до кожної ситуації спілкування. У порівнянні з вихідним варіантом дещо змінена шкала відповідей, складена таблиця перерахунку «сирих» балів в стандартні оцінки.

Пацієнтові надається наступна інструкція. «Прочитайте наведені нижче твердження і оцініть ступінь своєї згоди або незгоди з кожним з них (поставте позначку у відповідній графі бланка для відповідей), орієнтуючись на те, як ви зазвичай поведетеся в подібних ситуаціях».

Бланк методики «Шкала емоційного відгуку»:

Ствердження	Згоден (завжди)	Скоріш згоден (часто)	Скоріш не згоден (рідко)	Не згоден (ніколи)
1	2	3	4	5
1. Мене засмучує, коли бачу, що незнайома людина почуває себе серед інших людей самотньо				
2. Мені неприємно, коли люди не вміють стримуватися і відкрито проявляють свої почуття				
3. Коли хтось поруч зі мною нервує, я теж починаю нервувати				

1	2	3	4	5
4. Я вважаю, що плакати від щастя нерозумно				
5. Я близько до серця приймаю проблеми своїх друзів				
6. Іноді пісні про кохання викликають у мене багато почуттів				
7. Я б сильно хвилювався (хвилювалася), якби мав (мала) повідомити людину неприємне для нього звістка				
8. На мій настрій дуже впливають оточуючі люди				
9. Мені хотілося б отримати професію, пов'язану зі спілкуванням з людьми				
10. Мені дуже подобається спостерігати, як люди приймають подарунки				
11. Коли я бачу людину, що ридає, То і сам (сама) засмучуюся				
12. Слухаючи деякі пісні, я часом почувваю себе щасливим (щасливою)				
13. Коли я читаю книгу (роман, повість і т.п.), То так переживаю, начебто все, про що читаю, відбувається насправді				
14. Коли я бачу, що з кимось погано поводяться, то завжди серджуся				
15. Я можу залишатися спокійним (спокійною), навіть якщо всі навколо хвилюються				
16. Мені неприємно, коли люди при перегляді кінофільму зітхають і плачуть				
17. Коли я приймаю рішення, Ставлення інших людей до нього, як правило, ролі не грає				
18. Я втрачаю душевний спокій, коли оточуючі чимось пригнічені				
19. Я переживаю, якщо бачу людей, легко засмучується через дрібниці				
20. Я дуже засмучуюсь, коли бачу страждання тварин				
21. Нерозумно переживати з приводу того, Що відбувається в кіно або про що читаєш у книзі				
22. Я дуже засмучуюсь, коли бачу безпомічних старих людей				
23. Я дуже переживаю, коли дивлюся фільм				
24. Я можу залишитися байдужим (байдужою) до будь-якого хвилювання навколо				
25. Маленькі діти плачуть без причини				

Для обробки відповідей зручно скористатися бланком підрахунку результатів. Обробка проводиться відповідно до ключем. За кожен відповідь нараховується від 1 до 4 балів.

Бланк підрахунків результатів

Номер ствердження	Відповідь (у балах)			
	Згоден (завжди)	Скоріш згоден (часто)	Скоріш не згоден (рідко)	Не згоден (ніколи)
1.	4	3	2	1
2.	1	2	3	4
3.	4	3	2	1
4.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6.	4	3	2	1
7.	4	3	2	1
8.	4	3	2	1
9.	4	3	2	1
10.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1
12.	4	3	2	1
13.	4	3	2	1
14.	4	3	2	1
15.	1	2	3	4
16.	1	2	3	4
17.	1	2	3	4
18.	4	3	2	1
19.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1
21.	1	2	3	4
22.	4	3	2	1
23.	4	3	2	1
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
Σ				

Загальна оцінка підраховується шляхом сумачії балів. Ступінь вираженості здібності особистості до емоційного відгуку на переживання інших людей (емпатії) визначається за підрахунком «сирих» балів у стандартні оцінки:

Стіни	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стандартний відсоток	2,28	4,40	9,19	14,98	19,15	19,15	14,98	9,19	4,40	2,28
Чоловіки	≤ 45	46 – 51	52 – 56	57 – 60	61 – 65	66 – 69	70 – 74	75 – 77	79 – 83	≥ 84
Жінки	≤ 57	58 – 63	64 – 67	68 – 71	72 – 75	76 – 79	80 – 83	84 – 86	87 – 90	≥ 91

Виділяють наступні рівні вираженості здатності особистості до емоційного відгуку на переживання інших людей (емпатії):

82 – 90 балів – дуже високий рівень;

63 – 81 бал – високий рівень;

37 – 62 бали – нормальний рівень;

36 – 12 балів – низький рівень;

11 балів і менше – дуже низький рівень.

Градацію рівнів можна проводити і усередині професійної групи, якщо це якість для її представників професійно визначальна.

Високі показники за здатністю до емпатії перебувають у зворотному зв'язку з агресивністю і схильністю до насильства; високо корелюють з поступливістю, поступливістю, готовністю прощати інших (але не себе), готовністю виконувати рутинну роботу.

Люди з високими показниками за шкалою емоційного відгуку в порівнянні з тими, у кого низькі показники частіше:

– на емоційні стимули реагують зміною шкірної провідності і почастішанням серцебиття;

– більш емоційні, частіше плачуть;

– як правило, мали батьків, які проводили з ними багато часу, яскраво виявляли свої емоції і говорили про свої почуття;

– проявляють альтруїзм в реальних вчинках, схильні надавати людям діяльну допомогу;

- демонструють афіліативну поведінку (сприяє підтриманню і зміцненню дружніх відносин);
- менш агресивні;
- оцінюють позитивні соціальні риси як важливі;
- більш орієнтовані на моральні оцінки.

Уміння співпереживати іншим людям – цінна якість, проте при його гіпертрофії може формуватися емоційна залежність від інших людей, хвороблива вразливість, що ускладнює ефективну соціалізацію і навіть може призводити до різних психосоматичних захворювань.

Люди із середнім (нормальним) рівнем розвитку емпатії в міжособистісних відносинах більш схильні судити про інших по вчинках, ніж довіряти своїм особистим враженням. Як правило, вони добре контролюють власні емоційні прояви, але при цьому часто важко прогнозувати розвиток відносин між людьми.

Люди з низьким рівнем розвитку емпатії в міжособистісних відносинах відчують труднощі у встановленні контактів з людьми, некомфортно почувають себе у великій компанії, не розуміють емоційних проявів та вчинків, часто не знаходять взаєморозуміння з оточуючими. Вони набагато більш продуктивні при індивідуальній роботі, ніж при груповій, схильні до раціональних рішень, більше цінують інших за ділові якості та ясний розум, ніж за чуйність і чуйність.

Вибір неефективних поведінкових стратегій може бути наслідком особистісних особливостей людини або свідоцтвом незнання ним діяльних форм участі в житті інших людей. Для розвитку емпатійних здібностей потрібно удосконалювати комунікативні навички, особливо вміння слухати іншого, перефразувати, відображати і віддзеркалює емоції.

Дуже корисні тренінги асертивності, «гімнастика почуттів».

3. ТЕСТ «САМООЦІНКА ПСИХІЧНИХ СТАНІВ» Г. АЙЗЕНКА

Методика застосовується для діагностики таких психічних станів як: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.

Інструкція: Пропонуємо Вам опис різних психічних станів. Якщо Вам цей стан часто притаманний, поставте 2 бала, якщо цей стан буває, але нечасто, поставте 1 бал, якщо зовсім не буває – 0 балів.

Тест «Самооцінка психічних станів»:

1. Не почуваю себе впевненим.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко впадаю в зневіру.
5. Хвилююсь про уявлені неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися в своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я важко переносю час очікування.
11. Нерідко мені здаються безвихідними положення, з яких все ж таки можливо знайти вихід.
12. Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом.
13. При великих неприємностях я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
14. Нещастя і невдачі нічому мене не навчають.
15. Я часто відмовляюсь від боротьби, вважаючи її даремною.
16. Я нерідко почуваю себе беззахисним.
17. Іноді в мене буває стан відчаю.
18. Я почуваю розгубленість перед труднощами.
19. В трудні хвилини життя іноді веду себе по-дитячому, хочу, щоб пожаліли.
20. Вважаю недоліки свого характеру невинними.

21. Останнє слово за мною.
22. Нерідко в розмові перебиваю співбесідника.
23. Мене легко розсердити.
24. Люблю робити зауваження іншим.
25. Хочу бути авторитетом для інших.
26. Не задовольняюсь малим, хочу найбільшого.
27. Коли розгніваюсь, погано себе почуваю.
28. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
29. В мене різка, грубувата жестикуляція.
30. Я мстивий.
31. Мені важко змінювати звички.
32. Нелегко переключать увагу.
33. Дуже насторожено відношусь до всього нового.
34. Мене важно переконати.
35. Нерідко в мене не виходить з голови думка, від якої слід було б звільнитися.
36. Нелегко зближуюсь з людьми.
37. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
38. Нерідко я проявляю впертість.
39. Неохоче йду на ризик.
40. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів тесту проводиться наступним чином.

Підрахуйте суму балів за кожну групу питань:

- I. Питання №1 – 10 – тривожність;
- II. Питання №11 – 20 – фрустрація;
- III. Питання №21 – 30 – агресивність;
- IV. Питання №31 – 40 – ригідність.

Інтерпретація результатів тесту:

I. *Тривожність*: 0 – 7 – не тривожні; 8 – 14 балів – тривожність середня, допустимого рівня; 15 – 20 балів – дуже тривожний.

II. *Фрустрація*: 0 – 7 балів – не має високої самооцінки, стійкі до невдач, не лякаєтесь труднощів; 8 – 14 балів – середній рівень, фрустрація має місце, 15 – 20 балів – у вас низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, лякаєтесь невдач, фрустровані.

III. *Агресивність*: 0 – 7 балів – ви спокійний, витриманий; 8 – 14 балів – середній рівень агресивності; 15 – 20 балів – ви агресивні, не витримані, є труднощі при спілкуванні і роботі з людьми.

IV. *Ригідність*: 0 – 7 балів – ригідності немає, легке перемикавання, 8 – 14 балів – середній рівень; 15 – 20 балів – сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальним обставинам, життю. Вам протипоказані зміна роботи, зміни в сім'ї.

4. ШКАЛА РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

Ч. СПЛБЕРГЕРА, АДАПТОВАНА Ю. Л. ХАНІНИМ

Шкала реактивної й особистісної тривожності являє собою дуже надійний і інформативний інструмент для виміру тривожності як властивості особистості і як стану в який-небудь визначений момент (у минулому, сьогодні, майбутньому).

Під особистісною тривожністю розуміють відносно стійка індивідуальна характеристика, риса, яка дає уяву про схильність людини до тривожності, тобто про його схильність сприймати досить широке коло ситуацій як загрозові і реагувати на ці ситуації появою стану тривожності різного рівня.

Як реактивна диспозиція особистісна тривожність «активізується» при сприйнятті визначених «небезпечних» стимулів, зв'язаних зі специфічними ситуаціями погрози престижу, самооцінці, самоповазі індивіда.

Високий показник особистісної тривожності дає представлення про високу імовірність появи стану тривожності у суб'єкта в ситуаціях, де мова йде про оцінку його компетентності, підготовленості і сприйманих їм як загрозові. Ця група людей звичайно вимагає підвищеної уваги з боку лікаря.

Низько тривожні суб'єкти, навпроти, не схильні сприймати погрозу своєму престижу, самооцінці в широкому діапазоні ситуацій. Імовірність виникнення у них стану тривожності значно нижче, хоча і не виключена в окремих особливо важливих і особистісно значущих випадках.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, «знервованості», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різної інтенсивності і є досить динамічним і мінливим за часом.

Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражену психоемоційну напругу пацієнта. Цей показник чуйно реагує на зміни психоемоційного стану хворого в процесі лікування і є одним з найбільш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера – Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, що характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, що характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Досліджуваному пропонується відповісти на питання, вказавши як він себе почуває в даний момент (реактивна тривожність 1 – 20 питань) і як він себе почуває звичайно (особистісна тривожність 21 – 40 питань).

На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді по ступеню інтенсивності реактивної тривожності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) і по частоті вираженої особистісної тривожності (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди).

Опитувальник «А»

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч у залежності від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ В ДАНУ МИТЬ. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Запитання	Зовсім ні	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я знаходжуся в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я почуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я розстроєний	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я почуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений у собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я напружений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скованості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я заклопотаний	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б»

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч у залежності від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ ЗВИЧАЙНО. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Запитання	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
21. Я відчуваю насолоду	1	2	3	4
22. Я звичайно втомлююся	1	2	3	4
23. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
25. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26. Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28. Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30. Я цілком щасливий	1	2	3	4
31. Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33. Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35. У мене буває нудьга	1	2	3	4
36. Я задоволений	1	2	3	4
37. Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39. Я врівноважена людина	1	2	3	4
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

В залежності від завдань дослідження кожен з опитувальників може застосовуватися самостійно або разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першою.

Інструкція на аркуші з опитувальником не потребує ніяких додаткових роз'яснень або коментарів. Опитування може проводитися індивідуально або в групах без обмеження часу.

На заповнення обох опитувальників достатньо 15 – 20 хвилин. Для зниження впливу освіти установки на позитивні чи негативні питання в кожен з опитувальників включено приблизно однакове число висловлювань, які характеризують високу та низьку ступінь тривожності.

Відповідь «1» на високо тривожні питання означає відсутність або легку ступінь тривожності, а оцінка «4» означає високу тривожність. При аналізі результатів бальні оцінки в цих питаннях мають зворотній напрямок.

В шкалі реактивної тривожності це питання 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20; в шкалі особистісної тривожності це питання 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Рівень реактивної тривожності обчислюється по формулі:

$$Tr = Erp - Ero + 50$$

Tr – показник реактивної тривожності ;

Erp – сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

Ero – сума балів за зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула:

$$Tl = Elp - Ilo + 35$$

Tl – показник особистісної тривожності ;

Elp – сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

Ilo – сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показник, що не сягає 30 балів розглядається таким, який свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів – помірну, понад 45 балів – високу.

5. ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) призначена для скринінгового обстеження пацієнтів соматичних і психіатричних стаціонарів на предмет виявлення в них депресивної і тривожної симптоматики. HADS відноситься до «суб'єктивних» шкал, які заповнюють самі пацієнти.

Шкала складається з двох субшкал: субшкали А («anxiety», непарні пункти: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), за якими оцінюється виразність тривожної симптоматики, і субшкали D («depression», парні пункти: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14), призначеної для оцінки виразності депресивних розладів. Госпітальна шкала складається з 14 стверджень (пунктів), яким відповідають чотири варіанти можливих відповідей, що відображають ступінь виразності тривожного чи депресивного симптому в градації від 0 до 3 балів.

Шкалу заповнює сам пацієнт. Перед інтерв'ю лікар (психолог) повідомляє пацієнту наступну інструкцію: «Не звертайте уваги на цифри і букви, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі ліворуч відзначте хрестиком відповідь, що найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували на минулому тижні. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде більш вірною». При інтерпретації даних враховується сумарний показник за кожною субшкалою окремо (А та D). Загальний показник оцінюється в такий спосіб:

- 0 – 7 балів – норма;
- 8 – 10 балів – субклінічно виражена тривога / депресія;
- 11 балів і вище – клінічно виражена тривога / депресія.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Дослідження № _____ Пацієнт _____ Дата _____ Вік _____

D	A	Симптом
1	2	3
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Так, це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТНИЙ РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТОЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Зовсім не здатний
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу

1	2	3
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
3		Зовсім не відчуваю
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
3		Практично увесь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
	A	9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
3		Безумовно це так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Може бути, я став менше приділяти цьому уваги
0		Я стежу за собою так само, як і раніше
	A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЛИВІСТЬ, НЕМОВ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так

1	2	3
	1	Це так лише до деякої міри
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
	0	Точно так само, як і звичайно
	1	Так, але не в тому ступені, як раніше
	2	Значно менше, ніж звичайно
	3	Зовсім не вважаю
	A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО- ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ
	0	Часто
	1	Іноді
	2	Рідко
	3	Дуже рідко
Загальна сума балів:		

6. ШКАЛА ТРИВОГИ КОВІ (CAS)

Шкала тривоги Кові (Covv anxiety Scale) використовується у клінічних випробуваннях дії антидепресантів. Вона призначена для визначення інтенсивності тривоги, яка визначається по 3 параметрам: скаргам пацієнта, його поведінці і соматичним проявам. Кожен параметр оцінюється за мірою вираженості симптомів в градаціях від 1 до 5. Шкала Кові зазвичай застосовується як додаткова до основних оцінних шкал (HAM-D, MADRS) для депресій. Шкала Кові дозволяє виконувати загальну, хоча і відносно грубу оцінку тривоги, перш за все її тяжкість.

Кожен пункт відповідає чиннику, виділеному в результаті застосування переліку симптомів Хопкінса (HSCL) і профілю настрою (POMS). Симптоми, представлені в кожному пункті шкали, відібрані для опису різних форм прояву тривоги. При розробці шкали переслідувалася мета створити інструмент, аналогічний шкалі Раськіна для оцінки депресії.

Дана шкала може застосовуватися при обстеженні пацієнтів з депресією для оцінки супутньої тривоги. Дослідник повинен бути клініцистом. Витрати часу – не більше 20 хвилин. Час оцінки визначається як «зараз» або «протягом останнього тижня».

Кількість балів від 0 до 4 визначається таким чином:

0 = відсутній

1 = у слабкому ступені

2 = у помірному ступені

3 = у важкому ступені

4 = у дуже важкому ступені

Загальний бал рівний сумі всіх балів і може приймати значення від 0 до 12. Середній сумарний бал при оцінці пацієнтів з тривожними розладами зазвичай складає від 6 до 8.

Середній сумарний бал при оцінці депресивних пацієнтів варіює від 4 до 6, трохи вище у разі меланхолійної депресії.

Відбір пацієнтів з тривогою для клінічних досліджень: сума балів 3 і менш є критерієм виключення з дослідження. Сумарний бал, рівний 6 і вище, означає наявність тривожного стану і вірогідність поліпшення в результатів терапії.

Як головний критерій оцінки в дослідженнях за участю пацієнтів з гетерогенними тривожними станами, які не піддаються кваліфікації в рамках одного тривожного розладу, наприклад панічні атаки з тривогою очікування.

Шкала пройшла порівняння з іншими запитальниками по тривозі в дослідженнях за участю здорових добровольців і пацієнтів з тривожними розладами. Опубліковані гістограми демонструють її високу чутливість. Загаль-

ний профіль шкали не забезпечує якісної оцінки. Шкала заповнюється клініцистом під час розпитування пацієнта і враховує як скарги хворого, так і його поведінку під час огляду.

Вимірювання за допомогою цієї шкали можна проводити з будь-якою частотою, необхідною дослідникові. При кожному вимірюванні необхідно враховувати вплив стресових чинників і добового ритму.

Шкала тривоги Кові (Covy anxiety Scale):

1. Мовний вираз (відчуває нервозність, тремтіння, паніку, раптовий безпричинний страх, переляк, збудження, важко концентруватися на будь-яких завданнях):

не випробовує – 1

небагато – 2

помірно – 3

значно – 4

сильно – 5

2. Поведінка (виглядає переляканим, тремтячим, неспокійним, таким, що здригається, панікує).

немає – 1

небагато – 2

помірно – 3

значно – 4

дуже сильно – 5

3. Скарги соматичного характеру (безпричинне потіння, тремтіння, прискорене серцебиття, брак повітря, підвищене сечовипускання, неспокійний сон, відчуття дискомфорту, грудка в горлі).

немає – 1

небагато – 2

помірно – 3

значно – 4

дуже сильно – 5

7. МЕТОДИКА ВИМІРЮВАННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ДЖ. ТЕЙЛОРА, АДАПТОВАНА Т. А. НЕМЧИНОВИМ

Опитувальник складається з 50 тверджень. Для зручності користування кожне твердження пропонується обстежуваному на окремій картці. Згідно інструкції, обстежуваний відкладає управо і вліво картки, залежно від того, згоден він або не згоден з твердженнями, що містяться в них. Тестування продовжується 15 – 30 хвилин.

1. Зазвичай я спокійний і вивести мене з себе нелегко.
2. Мої нерви засмучені не більш, ніж у інших людей.
3. У мене рідко бувають замки.
4. У мене рідко бувають головні болі.
5. Я рідко втомлююся.
6. Я майже завжди відчуваю себе цілком щасливим.
7. Я упевнений в собі.
8. Практично я ніколи не червонію.
9. В порівнянні зі своїми друзями я вважаю себе цілком сміливою людиною.
10. Я червонію не частіше, ніж інші.
11. У мене рідко буває серцебиття.
12. Зазвичай мої руки достатньо теплі.
13. Я соромливий не більше ніж інші.
14. Мені не вистачає упевненості в собі.
15. Деколи мені здається, що я ні на що не придатний.
16. У мене бувають періоди такого неспокою, що я не можу усидіти на місці.
17. Мій шлунок сильно турбує мене.
18. У мене не вистачає духу винести всі майбутні труднощі.
19. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші.
20. Мені здається деколи, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які мені не подолати.

21. Мені нерідко сняться кошмарні сни.
22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли харчуюся щонебудь зробити.
23. У мене надзвичайно неспокійний і переривистий сон.
24. Мене вельми турбують можливі невдачі.
25. Мені доводилося випробовувати страх в тих випадках, коли я точно знав, що мені ніщо не загрожує.
26. Мені важко зосередитися на роботі або на якому-небудь завданні.
27. Я працюю з великою напругою.
28. Я легко приходжу в замішання.
29. Майже весь час випробовую тривогу із-за кого-небудь або із-за чого-небудь.
30. Я схильний приймати все дуже серйозно.
31. Я часто плачу.
32. Мене нерідко мучать напади блювоти і нудоти.
33. Раз на місяць або частіше у мене буває розлад шлунку.
34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
35. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
36. Моє матеріальне положення вельми турбує мене.
37. Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким не хотілося б говорити.
38. У мене бували періоди, коли тривога позбавляла мене сну.
39. Часом, коли я знаходжуся в замішанні, у мене з'являється сильна пітливість, що дуже бентежить мене.
40. Навіть у холодні дні я легко потію.
41. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.
42. Я – людина легко збудливий.
43. Часом я відчуваю себе абсолютно даремним.
44. Деколи мені здається, що мої нерви сильно розшатані, і я ось-ось вийду з себе.

45. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось турбує.
46. Я набагато чутливіший, ніж більшість інших людей.
47. Я майже весь час переживаю почуття голоду.
48. Іноді я турбуюся із-за дурниць.
49. Життя для мене пов'язане з незвичайною напругою.
50. Очікування завжди нервує мене.

Оцінка результатів дослідження по опитувальникові виконується шляхом підрахунку кількості відповідей обстежуваного, що свідчать про тривожність.

Кожна відповідь «так» на вислови: 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 і відповідь «ні» на вислови 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оцінюється в 1 бал.

Сумарна оцінка: 40 – 50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривоги; 25 – 40 балів свідчить про високий рівень тривоги; 15 – 25 балів – про середній (з тенденцією до високого) рівень; 5 – 15 балів – про середній (з тенденцією до низького) рівень і 0 – 5 балів – про низький рівень тривоги.

8. ШКАЛА М. ГАМІЛЬТОНА ДЛЯ ОЦІНКИ ДЕПРЕСІЇ (HDRS)

Шкала Гамільтона (Hamilton M., 1967) для оцінки депресії – один з найбільш широко використовуваних у клініці афективної патології цього кола інструментів. Застосовують три версії шкали (17, 21 і 23 пункти). Оригінальна версія містить 23 пункти, 2 з яких (16-й і 18-й) складаються з двох частин – А та Б, які заповнюються альтернативно. Шкала забезпечує простий спосіб оцінки важкості депресії в динаміці.

Важкість симптомів депресії в динаміці шляхом повторного тестування оцінюється об'єктивно. Відповідно дослідник повинний бути кваліфікованим і досвідченим психіатром, пройти необхідне навчання. Для оцінки варто ви-

бирати варіант відповіді, що найбільш точно характеризує стан пацієнта, якому варто надати можливість докладної відповіді на питання. Поставте позначку в графі, виділену фоном.

Шкала М. Гамільтона для оцінки депресії:

Дослідження _____ Пацієнт _____

Дата _____ Візит № _____ Інтерв юер

Пункт	Бали	Стан
1	2	3
1	ДЕПРЕСИВНИЙ НАСТРІЙ (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності)	
	0	Відсутність
	1	Ці відчуття виражаються тільки при прямому запитанні
	2	Висловлюється в скаргах спонтанно
	3	Визначається не тільки вербально, але і за допомогою спостереження: міміка, поза, голос, плаксивість
	4	Пацієнт виражає тільки ці почуття, як у спонтанних висловленнях, так і невербально
2	ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ	
	0	Відсутні
	1	Ідеї самозневаги; вважає, що підвів інших
	2	Ідеї власної винності чи болісні міркування про минулі помилки чи гріхи
	3	Дійсне захворювання розцінюється як покарання; маревні ідеї винності
	4	Вербальні галюцинації обвинувачуваного і засуджуючого змісту і / чи зорові галюцинації загрозливого змісту
3	СУЇЦИДАЛЬНІ НАМІРИ	
	0	Відсутні
	1	Почуття, що жити не має сенсу
	2	Бажання смерті чи які-небудь думки про можливість власної смерті
	3	Суїцидальні висловлення чи жести

	4	Суїцидальні спроби (будь-яка серйозна спроба оцінюється як 4 бали)
--	---	--

1	2	3
4	РАННЄ БЕЗСОННЯ	
	0	Відсутність утруднень при засинанні
	1	Скарги на епізодичні утруднення при засинанні (довше чим 0,5 години)
	2	Скарги на неможливість заснути щоночі
5	СЕРЕДНЄ БЕЗСОННЯ	
	0	Відсутнє
	1	Скарги на неспокійний сон протягом усієї ночі
	2	Багаторазові пробудження протягом ночі – будь-який підйом з ліжка оцінюється як 2 бали
6	ПІЗНЄ БЕЗСОННЯ	
	0	Відсутнє
	1	Раннє пробудження ранком з наступним засинанням
	2	Остаточне раннє ранкове пробудження
7	ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ І АКТИВНІСТЬ	
	0	Відсутність труднощів
	1	Думки і відчуття неспроможності, почуття втоми і слабкості, які зв'язані з діяльністю: роботою чи хобі
	2	Втрата інтересу до діяльності (до роботи чи хобі) яка виражена безпосередньо в скаргах, чи опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі приступити до роботи чи виявити активність)
	3	Зменшення реального часу прояву активності чи зниження продуктивності. В умовах стаціонару оцінка 3 бали виставляється, якщо активність пацієнта виявляється протягом не менш трьох годин у день (робота в стаціонарі чи хобі)
	4	Відмовлення від роботи внаслідок наявного захворювання; у стаціонарі оцінка 4 бали виставляється, якщо пацієнт взагалі не виявляє активності чи не справляється навіть з рутинною побутовою діяльністю без сторонньої допомоги
8	ЗАГАЛЬМОВАНІСТЬ (сповільненість мислення і мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)	
	0	Нормальна мова і мислення
	1	Легка загальмованість у бесіді
	2	Помітна загальмованість у бесіді
	3	Виражені утруднення при проведенні опитування
	4	Повний ступор

1	2	3
9	АЖИТАЦІЯ (тривожне збудження)	
	0	Відсутність
	1	Занепокоєння
	2	Неспокійні рухи руками, смикання волосся та ін.
	3	Рухливість, непосидливість
	4	Постійне перебирання руками, обкусування нігтів, висмикування волосся, покусування губ
10	ПСИХІЧНА ТРИВОГА	
	0	Відсутність
	1	Суб'єктивна напруга і дратівливість
	2	Занепокоєння по незначних приводах
	3	Тривога, що проявляється у виразі обличчя і інтонаціях мови
4	Страх, що виражається і без опитування	
11	СОМАТИЧНА ТРИВОГА (фізіологічні прояви тривоги: гастроінтестинальні – сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні – серцебиття, головні болі; дихальні – гіпервентиляція, ядуха; прискорене сечовипускання; підвищене потовиділення)	
	0	Відсутність
	1	Слабка
	2	Середня
	3	Сильна
4	Вкрай сильна	
12	ШЛУНКОВО-КИШКОВІ СОМАТИЧНІ СИМПТОМИ	
	0	Відсутність
	1	Втрата апетиту, але прийом їжі без примушування; почуття важкості в животі
2	Прийом їжі тільки при примушуванні; потреба в проносних засобах чи препаратах для купірування гастроінтестинальних симптомів	
13	ЗАГАЛЬНІ СОМАТИЧНІ СИМПТОМИ	
	0	Відсутність
	1	Важкість в кінцівках, спині чи голові; біль в спині, голові, м'язові болі; почуття втрати енергії чи занепаду сил
2	Будь-які різко виражені симптоми	

1	2	3
14	ГЕНІТАЛЬНІ СИМПТОМИ	
	0	Відсутність
	1	Слабо виражені – втрата лібідо
	2	Сильно виражені – менструальні порушення
15	ІПОХОНДРІЯ	
	0	Відсутність
	1	Захопленість особистим тілесним станом
	2	Велика стурбованість здоров'ям
	3	Часті скарги, прохання про допомогу та ін.
	4	Іпохондричне маячення
16	ЗНИЖЕННЯ МАСИ ТІЛА (оцінюється пункт А, або Б) А* За даними анамнезу:	
17	0	Відсутність зниження маси тіла
	1	Імовірне зниження маси тіла у зв'язку з теперішнім захворюванням
	2	Явне (зі слів пацієнта) зниження маси тіла
	3	Не піддається оцінці
	Б. Якщо зміна маси тіла має місце щотижнево та реєструється в теперішній час	
	0	Зниження маси тіла менше 0,5 кг. за тиждень
	1	Більше 0,5 кг. за тиждень
	2	Більше 1 кг. за тиждень
	3	Не піддається оцінці
	КРИТИЧНІСТЬ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ	
	0	Усвідомлення, що хворіє на депресію або яке-небудь захворювання
	1	Усвідомлення хворобливості стану, але віднесення цього на рахунок поганої їжі, клімату, перевтомлення на роботі, віру-
	2	Повна відсутність усвідомлення хвороби
	18	ДОБОВІ КОЛИВАННЯ
18 А. Уточніть, коли симптоми виражені в більш тяжкій формі, зранку чи увечері. Якщо добових коливань не має, поставте 0 балів		
0		Відсутність коливань
1		Погіршення вранці
2		Погіршення увечері

1	2	3
	18 Б. Якщо добові коливання мають місце, оцініть їх вираженість. При відсутності коливань позначте пункт «відсутні»	
	0	Відсутні
	1	Слабкі
	2	Сильні
19	ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ ТА ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ (наприклад, відчуття нереальності навколишнього)	
	0	Відсутні
	1	Слабка
	2	Помірна
	3	Сильна
	4	Дуже сильна
20	ПАРАНОЇДНІ СИМПТОМИ	
	0	Відсутні
	1	Підозрілість
	2	Ідеї відношення
	3	Маячення, ідеї відношення та переслідування
21	ОБСЕСИВНІ ТА КОМПУЛЬСИВНІ СИМПТОМИ	
	0	Відсутні
	1	Легкі
	2	Тяжкі

При інтерпретації даних слід пам'ятати, що значення балів пунктів 4 – 6, 12 – 14, 16 – 18, у яких перемінні не можуть бути виражені кількісно, оцінюються якісно (від 0 до 2 балів). Пункти 18 – 21 не відображають важкість депресії. Оцінка тяжкості депресії проводиться за таким способом:

- сума балів від 0 до 7 свідчить про відсутність депресії;
- сумарні значення для малого депресивного епізоду складають 7 – 16 балів;
- нижнє граничне значення для великого депресивного епізоду – понад 16 балів;
- максимально можливий загальний бал складає 52 і відповідає крайньому ступеню важкості депресивного синдрому.

9. ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ А. БЕКА

Опитувальник депресії А. Бека відноситься до суб'єктивних шкал, які заповнюються самими хворими. Опитувальник Бека призначений для визначення ступеня тяжкості депресивної симптоматики. Він складається з 13 груп стверджувальних висловлень. Кожна з груп висловлень відображає той чи інший депресивний симптом. При цьому перша з можливих відповідей оцінюється в 0 балів, друга – у 1 бал, третя – у 2 і четверта – у 3 бали. Рівень депресії вище 19 балів вважається клінічним проявом депресивного синдрому. Рівень вище 24 балів відображає важку депресивну симптоматику.

Пред'явлення опитувальника пацієнту супроводжується наступною інструкцією: «У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначите в кожній групі одне твердження, що найкраще відповідає тому, як Ви себе почували НА ЦЬОМУ ТИЖНІ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля обраного твердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре придатними, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконаєтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі».

Шкала депресії А. Бека:

Дослідження № _____ Пацієнт _____ Дата _____ Вік _____

1	2
А. 0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, тужливо. 2. Мені весь час тужливо чи сумно, і я нічого не можу із собою зробити. 3. Мені так сумно та сумно, що я не можу цього винести.	З. 0. У мене не загублений інтерес до інших людей. 1. Я менше, ніж бувало, цікавлюся іншими людьми. 2. У мене практично загублений інтерес до інших людей і майже немає ніяких почуттів до них. 3. У мене загублений всякий інтерес до інших людей, і вони мене зовсім не турбують.

1	2
<p>Б.</p> <p>0. Я дивлюся в майбутнє без особливо-го розчарування.</p> <p>1. Я відчуваю розчарування в майбутньому.</p> <p>2. Я відчуваю, що мені нічого чекати в майбутньому.</p> <p>3. Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може.</p>	<p>І.</p> <p>0. Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди.</p> <p>1. Я намагаюся відстрочити прийняття рішень.</p> <p>2. Прийняття рішень представляє для мене величезні труднощі.</p> <p>3. Я більше зовсім не можу приймати рішення.</p>
<p>В.</p> <p>0. Я не почуваю себе невдахою.</p> <p>1. Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж в інших людей.</p> <p>2. Коли оглядаюся на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.</p> <p>3. Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість (батько, чоловік, дружина).</p>	<p>К.</p> <p>0. Я не почуваю, що виглядаю скільки-небудь гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мене турбує те, що я виглядаю старим і не привабливим.</p> <p>2. Я почуваю, що в моєму зовнішньому вигляді відбуваються постійні зміни, які роблять мене не привабливим.</p> <p>3. Я відчуваю, що виглядаю відштовхуючи.</p>
<p>Г.</p> <p>0. Я не відчуваю ніякої особливої незадоволеності.</p> <p>1. Ніщо не радує мене так, як раніш.</p> <p>2. Ніщо більше не дає мені задоволення.</p> <p>3. Мене не задовольняє усе.</p>	<p>Л.</p> <p>0. Я можу працювати приблизно також добре, як і раніш.</p> <p>1. Мені потрібно робити додаткові зусилля, щоб щось зробити.</p> <p>2. Мені треба із зусиллям пересилувати себе, щоб щось зробити</p> <p>3. Я зовсім не можу виконувати ніяку роботу.</p>
<p>Д.</p> <p>0. Я не почуваю ніякої особливої провини.</p> <p>1. Велику частину часу я почуваю себе кепським і нікчемним.</p> <p>2. У мене досить сильне почуття провини.</p> <p>3. Я почуваю себе дуже кепським і нікчемним.</p>	<p>М.</p> <p>0. Я утомлююся нітрохи не більше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я стомлююся швидше, ніж раніше.</p> <p>2. Я стомлююся від будь-якого заняття.</p> <p>3. Я утомився займатися чим би то ні було.</p>

1	2
<p>Є.</p> <p>0. Я не відчуваю розчарування в собі.</p> <p>1. Я розчарований у собі.</p> <p>2. У мене відраза до себе.</p> <p>3. Я ненавиджу себе.</p>	<p>Н.</p> <p>0. Мій апетит не гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мій апетит не так гарний, як було.</p> <p>2. Мій апетит тепер набагато гірше.</p> <p>3. У мене зовсім немає апетиту.</p>
<p>Ж.</p> <p>0. У мене немає ніяких думок про самошкодження.</p> <p>1. Я почуваю, що мені було б краще вмерти.</p> <p>2. У мене є визначені плани здійснення самогубства.</p> <p>3. Я покінчу із собою з першою нагодою.</p>	
Загальна сума балів:	

10. ШКАЛА МОНТГОМЕРІ – АСБЕРГА ДЛЯ ОЦІНКИ ДЕПРЕСІЇ (MADRS)

Шкала Монтгомері – Асберга (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale, MADRS) розроблена для швидкої і точної оцінки важкості депресії і її динаміки в процесі лікування в амбулаторних і стаціонарних пацієнтів з депресією. По надійності еквівалентна HAM-D визнається шкала Монтгомері і Асберга. Головні вимоги до шкали, використовуваної при вивченні ефективності терапії антидепресантами є стислість і легкість застосування, надійність оцінки депресивного стану і достатня чутливість і точність відносно оцінки динаміки стану. Тому основною метою С. А. Монтгомері і М. Асберга при розробці шкали оцінки депресивного захворювання було забезпечення чутливості і точності оцінки змін стану для кожного пункту інструменту.

Ця шкала поряд зі шкалою Гамільтона належить до числа стандартизованих об'єктивних клінічних інструментів, які широко застосовуються в сучасній психіатрії.

Шкала розроблена на основі 65 пунктів психопатологічної оціночної шкали. 17 найбільш часто зустрічаються пунктів-симптомів були піддані тестуванню на точність оцінки змін симптомів. В результаті якого було відібрано 10 найбільш чутливих, змінних, які відображають ефективність лікування депресії. Працювати зі шкалою може психіатр, психолог або лікар загальної практики. Час, необхідний для заповнення бланка шкали, варіює від 20 хвилин до 1 години в залежності від стану пацієнта і досвіду лікаря. Навчання роботи зі шкалою складається з однієї або двох сесій

MADRS еквівалентна HDRS, оскільки враховує основні симптоми депресії (за винятком рухового смугу). При цьому шкала містить менше пунктів, ніж HDRS. Вважається, що MADRS дозволяє більш точно оцінити динаміку стану.

MADRS враховує всі основні симптоми депресії, хоча деякі характерні симптоми не включені в шкалу. Головним недоліком є відсутність оцінки рухової загальмованості, хоча, як було доведено, по надійності оцінки MADRS еквівалентна HDRS. При цьому MADRS, мабуть, більш точно реєструє динаміку стану, ніж HDRS. Отже, суттєві відмінності між методами терапії можуть бути зафіксовані на вибірці меншого обсягу, що з етичної точки зору є великою перевагою при проведенні клінічних досліджень.

Рекомендації по застосуванню такі ж, що і для шкали М. Гамільтона. Оцінка повинна бути заснована на клінічному інтерв'ю від найменш прямих до уточнюючих питань про стан і ступінь його тяжкості.

Дослідник повинен вирішити, чи відповідає тяжкість симптомів основним балам – 0, 2, 4, 6 або проміжним – 1, 3, 5. Якщо не вдається отримати точні відповіді від самого пацієнта, рекомендується скористатися іншими джерелами інформації (медична документація, відомості зі слів родичів).

Бал розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 згідно з наростанням тяжкості симптому. При альтернативній оцінці враховується важкість. Сумарний бал становить від 0 до 60 і знижується відповідно з поліпшенням стану. Максимальний сумарний бал – 60 балів.

Сума балів відповідає (Guelfi G. D., 1993):

- 0 – 15 балів – відсутність депресивного епізоду;
- 16 – 25 балів – малий депресивний епізод;
- 26 – 30 балів – помірний депресивний епізод;
- понад 30 балів – великий депресивний епізод.

Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії (MADRS):

1. Сум, що спостерігається:

- 0 сум відсутній
- 1
- 2 виглядає пригніченим, але легко відволікається
- 3
- 4 сумний і нещасний більшу частину часу
- 5
- 6 виглядає сумним постійно, надзвичайно пригнічений і нещасний

2. Висловлюваний сум:

- 0 рідкісний сум, обумовлений обставинами
- 1
- 2 сумний, але легко відволікається
- 3
- 4 переважають сумні або похмурі почуття, настрої визначається впливом зовнішніх (несприятливих обставин)
- 5
- 6 постійний сум, страждання або відчай

3. Внутрішня напруга:

- 0 спокійний; лише скоро минула внутрішня напруга
- 1
- 2 рідкісне почуття внутрішнього дискомфорту
- 3
- 4 постійне відчуття внутрішньої напруги або паніки, з яким хворий справляється з допомогою праці
- 5
- 6 жорстокий жах чи мука, непереборна паніка

4. Погіршення сну:

- 0 спить, як зазвичай
- 1
- 2 малопомітні труднощі засинання, злегка порушений або переривчастий сон
- 3
- 4 порушений сон принаймні протягом двох годин
- 5
- 6 менш ніж двох- або тригодинної сон

5. Порушення апетиту:

- 0 нормальний або підвищений апетит
- 1
- 2 трохи знижений апетит
- 3
- 4 відсутність апетиту, їжа позбавлена смаку
- 5
- 6 харчується примусово

6. Труднощі концентрації:

- 0 відсутні
- 1
- 2 рідкісне утруднення уваги
- 3
- 4 труднощі концентрації, відв'язці думки, змушення читати або підтримувати розмову
- 5
- 6 нездатність читати, великі труднощі у бесіді

7. Втома:

- 0 труднощі на початку діяльності сумнівні, млявості немає
- 1
- 2 утруднення почати активну діяльність
- 3
- 4 труднощі почати рутинні дії, зв'язані з витратою сил
- 5
- 6 сильна млявість, нездатність робити хоч що-небудь без допомоги

8. Нездатність відчувати почуття:

- 0 нормальний інтерес до навколишнього і людей
- 1
- 2 зниження здатності отримувати задоволення від звичайних інтересів
- 3
- 4 низький інтерес до навколишнього, зниження почуттів до друзів і близьких

5

6 емоційний параліч, нездатність відчувати гнів, горе або задоволення, болісна відсутність почуттів до родичів і друзів

9. Песимістичні думки:

0 відсутні

1

2 непостійні ідеї невдачі, самобичування або самоосудження

3

4 повторюване самозвинувачення або ясні, але раціональні ідеї провини або гріховності, наростаючий песимізм відносно майбутнього

5

6 марення загибелі або не скупного гріха, абсурдне і непохитне самозвинувачення

10. Суїцидальні думки:

0 отримує задоволення від життя або сприймає його таким, яким воно є

1

2 втома від життя, швидкоплинні суїцидальні думки

3

4 можлива вигода від смерті, загальноприйняті суїцидальні думки, суїцид розглядається як можливе рішення, але без спеціальних планів та цілей

5

6 явні суїцидальні наміри (якщо з'явиться випадок), активна підготовка до самогубства

11. ШКАЛА ЦУНГА ДЛЯ САМООЦІНКИ ДЕПРЕСІЇ (ZSRDS)

Шкала Цунга для самооцінки депресії була опублікована у 1965 році у Великобританії і в подальшому отримала міжнародне визнання, перекладена на багато мов, адаптована валідізована в різних етнічних і культурних середовищах. Тест адаптований у відділі наркології НДПНІ ім. В. М. Бехтерева. Шкала розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії і результатів опитування пацієнтів з цим захворюванням. За допомогою шкали лікар може провести самостійне обстеження або скринінг депресії. Шкала має високу чутливість і специфічність. Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу. Повна процедура тестування з обробкою займає 20 – 30 хвилин.

Випробуваний відзначає відповіді на бланку.

- A (1) – ніколи або зрідка,
 B (2) – іноді,
 C (3) – часто,
 D (4) – майже завжди або постійно

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, як Ви себе почуваете в останній час. Над питаннями довго не розмірковуюйте, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Варіанти відповідей: A – ніколи або рідко, B – іноді, C – часто, D – майже завжди / постійно.

Ствердження	A	B	C	D
1. Я відчуваю пригніченість				
2. Вранці я відчуваю себе найкраще.				
3. Я багато плачу.				
4. В мене незадовільний (поганий) нічний сон.				
5. Апетит у мене не гірше звичного.				
6. Мені приємно дивитись на осіб протилежної статі, розмовляти з ними, знаходитися поряд.				
7. Я помічаю, що збавляю вагу.				
8. Мене непокоять запори.				
9. Серце б'ється швидше, ніж звичайно.				
10. Я відчуваю втому без видимої причини.				
11. Я мислю ясно як і завжди.				
12. Мені легко виконувати те, що я вмію.				
13. Почувати неспокій та не можу всидіти на місці.				
14. В мене є надії на майбутнє.				
15. Я більш роздратований (а), ніж звичайно.				
16. Мені легко приймати рішення.				
17. Я відчуваю, що потрібен (а) так необхідний (а).				
18. Я живу достатньо повним життям.				
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, коли я помру.				
20. Мене до цієї пори радує те, що радувало завжди.				

Обробка результатів виконується наступним шляхом. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4.

Рівень депресії (РД) розраховується за формулою: $РД = \sum пр. + \sum зв.$

де Σ пр. – сума закреслених цифр до «прямих» висловлювань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

Σ зв. – сума цифр, «зворотних» закресленим, до висловлень № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад:

у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо суму 4 бали;

у висловлюванні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо суму 3 бали;

у висловлювання № 6 закреслена відповідь 3 – ставимо суму 2 бали;

у висловлюванні № 11 закреслена відповідь 4 – ставимо суму 1 бал.

Результати шкали можуть бути від 20 до 80 балів. В результаті отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії.

Якщо більше 50 і менш 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генезу.

Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія. Справжнє депресивний стан діагностується при РД понад 70 балів.

25 – 49 – нормальний стан

50 – 59 – легка депресія

60 – 69 – помірна депресія

70 и вище – важка депресія

V. МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ МИСЛЕННЯ

1. ВИДЛЕННЯ СУТТЄВИХ ОЗНАК

Методика виявляє логічність суджень пацієнта, а також його вміння зберігати спрямованість і стійкість засобу міркуваннями при вирішенні довгого ряду однотипових завдань. За допомогою методики встановлюють здатність пацієнта диференціювати суттєві ознаки предметів і явищ від несуттєвих, другорядних.

Крім того, наявність ряду завдань, однакових за характером виконання, дозволяє судити про послідовності міркувань. Для дослідження користуються або спеціальним бланком, або експериментатор усно пред'являє пацієнту завдання, наприклад:

1. Сад (рослини, садовник, собака, паркан, земля).
2. Річка (берег, риба, рибалка, тіна, вода).
3. Місто (автомобіль, будинок, натовп, вулиця, велосипед).
4. Сарай (сіновал, коні, дах, худобу, стіни).
5. Куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево).
6. Поділ (клас, поділене, олівець, дільник, папір).
7. Читання (очі, книга, картинка, друк, слово).
8. Гра (карти, гравці, штрафи, покарання, правила).
9. Війна (літак, гармати, битви, рушниці, солдати).

Пацієнтові надають наступну інструкцію завдання. «У кожному рядку 1 слово знаходиться перед дужками, а 5 – в дужках. Всі слова, що знаходяться в дужках, мають якесь відношення до слова, що стоїть перед дужками. Однак ви повинні вибрати з них лише 2 найбільш суттєвих і невід'ємних ознак слова, що стоїть перед дужками. Виберіть тільки 2 і підкресліть ці 2 слова».

Часто пацієнти приступають до завдання, не уважно прослухавши інструкцію, і рішення їх у цих випадках поверхові, легковажні. Тоді варто зве-

рнути увагу обстежуваного на те, що він не засвоїв інструкцію і повторити її. Деякі хворі, зазвичай при інтелектуальної недостатності, не відразу розуміють, що від них вимагається. У цих випадках бажано разом з ними вирішити 1 – 2 завдання. Слова в задачах підбрані таким чином, що обстежуваному доводиться продемонструвати свою здатність вловити абстрактне значення тих або інших понять і відмовитися від більш легкого, неприкритого, але неправильного способу рішення, при якому замість суттєвих виділяються приватні, конкретно-ситуаційні ознаки. Так, до слова «гра» правильне рішення передбачає такі істотні ознаки, як «гравці» і «правила», в той же час деякі пацієнти тут вибирають слово «карти». При такому вирішенні завдання слід обов'язково обговорити з хворим результати. Іноді навіть підказка фахівця про те, що мова йде про абстрактне значенні цих понять, не допомагає обстежуваному знайти правильне рішення. Це свідчить про недостатності рівня процесів узагальнення і відволікання. Помилкові рішення можуть носити характер окремих непослідовних суджень (наприклад, при астенічному стані). У цих випадках хворі при зверненні уваги на допущену помилку самі її виправляють.

Методика виявляє некритичність і неспрямованість мислення. В інших випадках методика виявляє резонерські, плутані міркування хворих – аморфність і розпливчастість їх мислення. Невміння виділити найбільш істотні ознаки (слабкість абстрагування) стає особливо помітною тоді, коли експериментатор обговорює з хворим рішення.

2. НАЗИВАННЯ 50 СЛІВ

Методика спрямована на вивчення особливостей асоціацій. Крім того, за результатами дослідження можна судити про багатство словникового запасу і темп мовної діяльності хворого. Інструкція містить прохання назвати поспіль як можна швидше будь-які 50 слів, за винятком назв розташованих в кімнаті предметів. Відповіді – слова, що вимовляє хворий, записуються. За секундоміром зазначається витрачений на це час. Якщо хворий дуже швидко

називає слова, не варто його зупиняти. Слова, які експериментатор не встиг записати, замінюються прочерком – рискою.

Психічно здорові називають слова «гніздами» – по 5 – 6 слів, що мають загальні ознаки, наприклад, види транспорту, одягу і т.п. Збільшення кількості цих гнізд розглядається як ознака інертності психічних процесів. Можуть бути виявлені і малозмістовні асоціації – співзвучно.

Інструкція може бути ускладнена вимогою називати тільки іменники. Якщо обстежуваний її не виконує, дається додаткова інструкція: «Ви називаєте не тільки іменники. Виконуйте правила виконання завдання». Якщо і після цього обстежуваний називає не тільки іменники, це також свідчить про значну інертності психічної діяльності.

Бідність словникового запасу проявляється в значному збільшенні часу, необхідного на виконання завдання (здорові називають 50 слів за 1,5 – 2,5 хвилин), у повторенні одних і тих же слів, у назві всупереч інструкції предметів, що знаходяться перед очима обстежуваного.

3. РОЗУМІННЯ ПЕРЕНОСНОГО ЗМІСТУ ПРИСЛІВ'Я І МЕТАФОР

Методика застосовується для дослідження особливостей мислення – його рівня, цілеспрямованості та критичності. Пацієнту називають кілька часто вживаних метафор («золота голова», «золоті руки», «кам'яне серце», «заяча душа», «мідний лоб») і прислів'їв («яблуко від яблуні недалеко падає», «куй залізо, поки гаряче», «слово не горобець – вилетить, не впіймаєш») і просять пояснити їх абстрагований, переносне значення. Можна запропонувати обстежуваному навести відповідні приклади з життя, або прочитаного.

Буквальне тлумачення прислів'я або метафори свідчить про недостатність узагальнення. Якщо пацієнт вірно пояснює переносне значення прислів'я, це не означає, що мислення у нього зовсім не порушено, так як при поясненні прислів'їв пацієнт проявляє наявні у нього знання – для виконання завдання не потрібно узагальнення нового матеріалу. Процес узагальнення нового матеріалу досліджують іншими, складними варіантами цієї методики.

4. ПІДБІР СЛІВ-АНТОНИМІВ

Ця методика є варіантом словесного експерименту, при якому більш чітко регламентується характер відповідних реакцій. В результаті дослідження встановлюється словниковий запас, стійкість обраного модусу діяльності, стан уваги.

Для проведення досвіду користуються спеціальним бланком, що містить заздалегідь підібрані слова, наприклад: тупий, тонкий, брудний, зникнення. Пацієнту дається вказівка: до кожного слова підібрати слова протилежного значення. Для перевірки з'ясування інструкції перші 1 – 2 приклади можна виконати спільно з пацієнтом, а потім – надати йому можливість самостійного виконання завдання. Експериментатор записує (за секундоміром) час, що відділяє називання антоніма від слова-подразника, і утримання відповідної реакції.

При оцінці результатів звертають увагу на відповідність мовної реакції умовами завдання. Так, іноді замість антонімів називаються синоніми або взагалі слова, не пов'язані зі словами-подразниками (атактичні мовні реакції). Істотне значення має тривалість латентного періоду – явне подовження його при абстрактному характері слова-подразника свідчить про деяку недостатність рівня узагальнення. Аналізується диференційованість і точність відповідних реакцій, можливість підібрати до одного слова кілька антонімів. Характерна ознака збіднення словникового запасу при інтелектуальної недостатності – підбір антоніма додаванням до заданого слова частки «не» (красивий – некрасивий, скупий – не скупий, перемога – не перемога). По збільшенню латентного періоду і погіршенню якості відповідних реакцій до кінця дослідження можна судити про підвищеної виснажливості обстежуваного.

5. УТВОРЕННЯ АНАЛОГІЙ

Для виконання завдання пацієнту необхідно встановити логічні зв'язки і відношення між поняттями. При виконанні цієї методики легко виявляють-

ся порушення послідовності суджень, коли хворий на час не дотримується вибраному ним модусу рішення завдання.

Аналогії в різних задачах строяться за різними принципами, і наявність у хворих інертності психічних процесів значно затрудняє для них виконання завдання: в наступному завданні хворий намагається виділити аналогію за принципом попереднього завдання.

Розрізняють наявність утворення простих і складних аналогій. В простих аналогіях обстежуваному пропонують пару слів. Встановивши характер відношення між ними, він може утворювати аналогічну пару. При цьому перше слово пари аналогії дано, а друге потрібно вибрати.

Наприклад:

«Пісня – глухий»;

«Картина – художник, сліпий, хромий, малюнок, хворий».

При аналізі результатів важливо не тільки знайти помилки, але й встановити характер мотивування їх і можливість корекції. Ця методика допомагає виявляти порушення логічного строю мислення, але треба враховувати, що помилки типу зіскользування не корегуються, тоді як непослідовні судження у зв'язку з виснажливістю психічних процесів хворі виправляють, як тільки помічають їх. Виправлення помилок при виконанні методики, або їх відсутність в подальшому свідчать про збереженість критичності мислення.

Утворення складних аналогій передбачає виділення складних абстрактних логічних співвідношень. Як приклад, пропонуються 6 пар слів, кожній з яких притаманні певні співвідношення. В подальшому він повинен всі пропонувані йому пари слів співвідносити із прикладами за загальністю логічних співвідношень, наприклад: «Глава є частиною роману, аналогічно тому, як овця – частиною стада». Характер помилок виявляє порушення логічного строю мислення, його цілеспрямованості, критичності. Правильні виконання завдання свідчить про вміння обстеженого оперувати абстрактними поняттями.

6. АКТИВНІСТЬ ВЕРБАЛЬНОГО І НАОЧНО-ОБРАЗНОГО МИСЛЕННЯ

Методика призначена для експрес оцінки окремих компонентів мислення. Структурно представлена 4 міні-завданнями, що виконуються на якийсь час.

Активність мислення є одним з найважливіших показників, що свідчать про його збереження, дієвість, нормальний психофізіологічний і емоційний стан суб'єкта. Суб'єктивні показники активності мислення, що оцінюються за допомогою самоспостереження, відбиваються в якісних експертних оцінках типу «не можу зосередитися», «голова іншим зайнята», «відчуваю себе стомленим». Експрес-метод оцінки активності мислення за допомогою реєстрації продуктивності його в завданнях різного типу дозволяє мати не тільки кількісні показники, зручні для подальшого порівняння і інтерпретації, але і оцінити такі різні показники активності, як показники його побіжності (конвергентне мислення) і гнучкості (дивергентне мислення).

Збігле мислення оцінюється по кількості виконаних однотипних завдань, в межах одного засобу рішення. Іноді ці показники можна зіставити з попередніми знаннями, що є у суб'єкта, і швидкістю витягання їх з пам'яті.

Гнучке мислення припускає реєстрацію його продуктивності при виконанні завдань різного типу, що вимагають швидкого перемикання з одного способу на іншій. Крім того, окремо оцінюються показники вербального і наочно-образного мислення.

Експериментатор (викладач) за допомогою ручного секундоміра хронометрує виконання завдань по наступних інструкціях.

1. Перша інструкція: «У перебігу хвилини запишіть в своїх зошитах будь-які жіночі імена, що починаються на букву «Р». Можна варіювати зміни букв, жіночі і чоловічі імена, інші завдання типу «Запишіть будь-які міста, що починаються з певної букви». Кількість правильно записаних випробовуваним слів відповідатиме показникам вербальної побіжності.

2. Друга інструкція: «Намалюйте протягом хвилини в цих кружечках ті об'єкти, які відносяться до класу «Флора».

В даному випадку оцінюється активність випробовуваного по параметру образної побіжності. Випробовувані готують матрицю з 6 – 8 кружечків невеликого розміру, де по вказівці експериментатора вони повинні малювати різні об'єкти, включаючи форму кружечка в малюнок.

Зміст інструкції: тут також можна варіювати характер інструкції, дотримуючи умову рівності трудності завдань. Кількість правильно намальованих об'єктів відповідатиме показникам образної побіжності.

3. Третя інструкція: «Протягом хвилини складіть і запишіть в зошитах осмислені пропозиції з чотирьох слів, що починаються на букви П, І, Про, Л». Завдання направлене на з'ясування особливостей гнучкості (дивергентності) мислення у варіанті вербального вигляду. Можна привести приклад виконання завдання, в даному випадку – написати пропозицію «Поступово Зникло Опале Листя» або що-небудь аналогічне. Кількість правильно складених пропозицій відповідатиме показникам вербальної гнучкості.

4. Четверта інструкція. Експериментатор (викладач) малює на дошці який-небудь фрагмент без смислового навантаження, наприклад, хрест, пересічні лінії, круг, хвилясту лінію і так далі інструкція для випробовуваних: «Протягом хвилини вмонтуйте цей фрагмент як можна в більшу кількість закінчених малюнків». Вид завдання направлений на визначення особливостей образної гнучкості випробовуваних.

Показники активності вербального і образного мислення по параметрах побіжності і гнучкості заносяться в таблицю, з урахуванням повторюваності завдань:

Дата	Побіжність		Гнучкість	
	Вербальна	Образна	Вербальна	Образна
Середні				

Наявні експериментальні дані дозволяють припускати, що для вікової вибірки 18 – 25 років і рівня освіти, не менше, середнього достатньо стабільними показниками активності мислення є показники вербальної побіжності,

рівні 5 іменам, образній побіжності – 5 малюнкам, вербальній гнучкості – 4 пропозиціям, образній гнучкості – 5 малюнкам. Природно, при врахуванні показників середньоквадратичного відхилення і інших вікових і освітніх особливостей ці групові норми можуть трохи змінитися в ту або іншу сторону.

Інтересу набувають власні зміни показників випробовуваних в різні періоди часу – вранці, вдень, увечері, а також при різних емоційних і психофізіологічних станах суб'єктів. У такому разі можна, користуючись експрес-діагностикою, оцінити власні середні показники активності мислення, отримані шляхом проведення експерименту в різний час, а також знайти свої кращі біоритмічні зони.

7. АСОЦІАТИВНИЙ ВІЛЬНИЙ ТЕСТ

Методика є одним з численних варіантів тесту мовної асоціації і призначена для вивчення особливостей асоціативного мислення випробовуваних.

Стимульний матеріалом є довільний набір групи слів в кількості 30 – 40 одиниць, що відносяться до різних частин мови – іменників, дієслів, прикметників, говору. Метою роботи випробовуваного є запис будь-якого слова, такого, що прийшло в голову, у відповідь на пред'явлене експериментатором слово-стимул.

Пари стимул-реакція аналізуються по двох категоріях: логічні і граматичні реакції. Логічні реакції, у свою чергу, діляться на підгрупи центральних і периферичних, граматичних – на підгрупи синтагматичних і парадигматичних (докладніша інформація в розділі інтерпретація).

Існують різні точки зору на отримувані в ході проведення методики результати. Так соціальні психологи, продовжуючи дослідження К. Г. Юнга, знайшли, що ніж частіше випробовувані дають однакові асоціативні реакції, тим більше підстав говорити про такий соціально-психологічний феномен, як «згуртованість». Вочевидь, причини явища слід шукати в однаковій спрямованості свідомості. В той же час фахівці з масових комунікацій, особливо по прикладних питаннях, наприклад заголовкам статей, вважають подібність

реакцій доказом низької оригінальності, штампів в мисленні. Вони рекомендують всіляко уникати прогнозовані асоціації з метою привернути увагу.

На основі вільного асоціативного експерименту побудований і широко застосовується в практиці підбору сумісних людей в групах парний асоціативний тест (так звана, проба з лідером). Суть полягає в тому, що вербальні стимули пред'являються одночасно двом випробовуваним, і вони одночасно повинні відповідати будь-якими словами, що прийшли їм в голову. Парний асоціативний тест дозволяє встановити лідера в діаді: для лідера характерні: коротший час реакцій, гучніший упевнений голос, менша кількість затримок і пропусків, більша кількість реакцій відповідає центральним і парадигматичним типам. Наголошується також нав'язування своїх асоціацій другому членові групи – веденому.

Окрім отримання діагностичної інформації про конкретну особу, методика застосовується при побудові асоціативних норм російської мови, зокрема для створення самостійних семантичних мікросистем, які виявляються дуже зручними для формалізації семантичної структури мови. Існують дані про використання методики в цілях психологічного аналізу асоціативних реакцій на рідній і нерідній мовах.

Слова-стимули можуть відображати професійні особливості лексичної структури, емоційне відношення до дійсності – позитивне, негативне або нейтральне, ступінь конкретності-абстрактності. У деяких прикладних аспектах, наприклад в криміналістиці, різними реакціями на різні стимули користуються з метою виявити причетність до подій. Зазвичай в таких випадках після двох-чотирьох нейтральних слів пред'являли емоційне слово, потім знову одно-два нейтральних (наприклад, трамвай, вікно, сумка, школа, честь, дощ). Для таких експериментів дуже цінними є показники часу реакції. На емоційні слова звичайний час реакції різко зростає, іноді в 2 рази. У даних випадках, швидше за все, працюють механізми психологічного захисту.

Пацієнтам надається наступна інструкція. «У відповідь на пред'явлене слово-стимул запишіть в своїх зошитах будь-яке слово, що прийшло».

Експериментатор зачитує список слів-стимулів так, щоб після кожного залишалось 5 – 6 секунд, необхідних для запису реакції. За наявності відповідної апаратури доцільно фіксувати індивідуальний час асоціативної реакції для його подальшого аналізу.

Стимульний матеріал: армія, музика, хвороба, рука, гладкий, свистіти, солодкий, вікно, спати, погода, дерево, танці, лікар, нога, м'який, співати, горький, двері, гуляти, вітер, квітка, свято, ліки, черевик, блискучий, кричати, солоний, стіна, ходити, сонце.

Для встановлення асоціативних залежностей між стимулами і реакціями складається таблиця:

Стимул	Логічна реакція		Граматична реакція	
	Центральна	Периферична	Синтагматична	Парадигмальна
1				
2				
3				
4				
5				
...				
30				
Всього, в %				

Після виконання асоціативного експерименту послідовно порівнюються між собою пари стимул-реакція по двох категоріях: логічні і граматичні реакції. Логічні реакції, у свою чергу, діляться на підгрупи центральних і периферичних, граматичних – на підгрупи синтагматичних і парадигматичних.

1. **Логічні зв'язки** – це зв'язки по сенсу між стимулами. Якщо такий зв'язок є (наприклад, армія – солдат або хвороба – смертельна), то ставиться будь-який пізнавальний знак (типу галочки) в графу «**центральна логічна реакція**». Якщо ж цей зв'язок відсутній, то галочку ставлять в графі «**периферична логічна реакція**» (наприклад, армія – танець або хвороба їжа). Збільшення периферичних асоціативних реакцій свідчить про погане знання мови, порушенні динамічних особливостей – загальмованість, скакова образність розумових процесів і тому подібне для дорослих носіїв мови характерне

переважання центральних асоціативних реакцій – не менше 65,0 % від загальної кількості пред'явлених стимулів.

2. З погляду **граматичного критерію** також можна виділити два варіанти у відповідь реакцій: **синтагматичні і парадигматичні**.

Під синтагматичним варіантом зв'язку між словом-стимулом і словом-реакцією розуміється зв'язок між різними граматичними категоріями, наприклад між іменниками і прикметниками або дієсловами і говором (хороший – вчинок, дощ – йде).

Під парадигматичними реакціями пацієнтів розуміється зв'язок в межах однієї граматичної категорії (хороший – поганий, дощ – грязь). Збільшення синтагматичних реакцій свідчить про комплексність мислення, невмінні випробовуваного виділяти зближені об'єкти і їх ознаки. Ця комплексність мислення, на думку Л. С. Виготського, складає специфіку дитячого мислення з його синкретизмом, комплексністю: предмет або ознака бачаться разом з доповнюючими їх аксесуарами (характерна асоціативна реакція у дітей: екскаватор – копає, хлопчик – б'ється, молоко – біле). Для дорослих носіїв російської мови характерне переважання парадигматичних асоціативних реакцій – не менше 70,0 %. Збільшення синтагматичних реакцій свідчить про недостатність аналітичних операцій, про деякий інфантилізм мислення. Іноді це може бути наслідком індивідуально-психологічних особливостей випробовуваного на зразок правосторонньої асиметрії мозку (тип художника).

3. На підставі вільного асоціативного експерименту можна також, порівнюючи відповіді-реакції різних випробовуваних, знайти найбільш часті, загальні, що може привести до **побудови асоціативних норм будь-якої мови**, зокрема російського. Такими були перші експерименти К. Г. Юнга, який порівнював спільність асоціативних реакцій у своїх пацієнтів в клініці. Юнг встановив, що родичі або представники однієї і тієї ж професії (у нього – адвокати) найчастіше дають однакові реакції. Можна також скласти поле семантичних множників для певного стимулу. Для цього доцільно скористатися

формулою американського психолога Клода Нобла, де n – загальна кількість реакцій, що співпали, N – загальна кількість всіх реакцій.

4. На підставі отриманих експериментальних показників можна побудувати **самостійні семантичні мікросистеми**, які виявляються дуже зручними для формалізації семантичної структури мови. Наприклад, якщо для слова-стимулу «армія» було отримано декілька відповідей типу «солдатів», що співпали, «битву», «наказ» і т. д., то семантична мікросистема для стимулу «армія» матиме наступний вигляд:

	<u>армія</u>	
солдат	битва наказ	дисципліна
генерал	перемога	чоботи

Семантичні мікросистеми дозволяють краще засвоювати чужу мовну систему, відновлювати розумову працездатність, здійснювати точніший і виразніший переклад, у тому числі і машинний. Поки що машинний переклад, заснований на послівному перекладі, без редагування і залучення відповідних слів з семантичних мікроструктур, виглядає достатньо незграбно. Наприклад, переклад з англійської мови почала поеми «Євгеній Онєгін» звучить, як «Джерело дядько найбільш сплачених в строк правив, коли не для забави впав хворим, це він, щоб поважати себе, змусив, і краще винаходити міг би не».

5. Надзвичайно великий інтерес викликає психологічний **аналіз асоціативних реакцій на рідній і нерідній мовах**. З цією метою експериментатор спочатку проводить вільний асоціативний тест на рідній мові, а потім, через деякий час, на нерідному. Звичайно це мова, що вивчається, але у білінгвов може бути і друга мова, якою вони володіють так само вільно, як і першим.

Інструкція в другому випадку наступна: «У відповідь на пред'явлене слово-стимул запишіть будь-яке слово, що прийшло вам в голову на іноземній мові». При аналізі результатів будується така сама матриця, як і раніше, з розподілом типів квітів логічним і граматичним реакціям. Найчастіше, особ-

ливо у випадках неповного володіння другою мовою, різко збільшується число периферичних випадкових реакцій, аж до повторення слова-стимулу або його перекладу. За рахунок цього зменшується кількість синтагматичних граматичних реакцій, оскільки випробовувані не пройшли етапу оволодіння злитими комплексними уявленнями. Доцільно також розрахувати коефіцієнт збігу реакцій на рідній і нерідній мовах, який, на думку ряду авторів, визначає ступінь вільного або перекладного білінгвізму кожного випробовуваного.

$$\text{Коефіцієнт збігу реакцій} = \frac{\text{співпадіння реакцій}}{\text{всі реакції}} \times 100 \%$$

При коефіцієнтах більше 50,0 % білінгвізм виявляється в просунутій формі, і чим він вищий, тим більше доказів вільного володіння двома і більш мовними структурами. Передбачається, при єдиній сенсорно-перцептивній базі асоціативні реакції або повністю співпадуть, або хоч би співпадуть по семантичному простору (наприклад, російська реакція на стимул «армія» може бути «солдат», а англійська – «general»). При коефіцієнтах менше 50,0 % білінгвізм носить перевідний і явно недостатній для вільного спілкування характер.

Цікаво відзначити, що в деяких імміграційних центрах, наприклад в Канаді, цей асоціативний експеримент називають тестом для іммігрантів і по його результатах визначають майбутнє трудове і професійне використання що в'їжджає в іншу країну і тим самим – в чужу мовну стихію. Особи, що показали невисокі результати, можуть розраховувати тільки на малопрофесійних, таких, що не вимагають активної взаємодії місця роботи.

8. АСОЦІАТИВНИЙ ЦЕПНИЙ ТЕСТ

Методика є одним з численних варіантів тесту мовної асоціації і призначена для вивчення специфіки асоціативного мислення, особливостей, зон індивідуальної психічної напруженості випробовуваних. Під цепною асоціацією розуміють некероване, спонтанне протікання процесу відтворення змісту свідомості і підсвідомості суб'єкта так званий «струм підсвідомості». Цим методом охоче користуються фахівці з психоаналізу. У індивідуальній бесіді зі своїми пацієнтами вони пропонують їм в розслабленому стані з відсутністю або зниженим самоконтролем говорити все, що їм надумається, тобто пропонують їм «виговоритися». Пізніше цей мовний матеріал аналізують для виявлення неусвідомлених тривог, фобій, потягів і перекладу їх на рівень усвідомлення, вербалізації. Для більшої зручності і надійності результатів випробовуваним пропонується вимовляти що будь-які прийшли їм в голову окремі слова за певний період часу. В результаті виходить ланцюжок асоціативних реакцій, складений з окремих слів. Ці слова незалежно від бажання випробовуваних об'єднуються в певні семантичні групи, або семантичні гнізда. Розмір і кількість семантичних гнізд при цьому може бути різним, що і визначає індивідуальні особливості. У одному гнізді може бути від одного слова до декількох і навіть до всіх слів ланцюжка: наприклад, в ланцюжку «пісня, весела, голос, красивий, метал, золото, срібло, блищить, весна, квіти, аромат» виділяються три семантичні гнізда по 3 – 4 слова в кожному. Ці гнізда відповідно до їх змісту підводять під більш загальну категорію – назву. У даному прикладі це можуть бути назви: «красива пісня», «блискучий метал», «квітуча весна». Судячи по назвах і невеликих розмірах семантичних гнізд даний випробовуваний не випробовує особливих тривог і яких-небудь неспокоїв, тому психоаналітик обмежується звичайною бесідою. Якщо ж розміри гнізда стають великими – 10 – 15 слів, а назви відображають неприємні емоційні події, наприклад, страх пограбування або хворобливий стан, завданням психоаналітика стає розробка конструктивних мерів по виведенню його пацієнта з обтяжливого стану.

Випробовувані займають зручну позицію і по вказівці експериментатора приступають до виконання завдання. Надається наступна інструкція: «Протягом однієї хвилини записуйте будь-які слова, що приходять вам в голову. Не перераховуйте предмети, що знаходяться в полі вашого зору, і не згадуйте раніше завчені ряди слів. Почали!»

Бажано повторити експеримент кілька разів для порівняння отриманих результатів. Для обробки результатів необхідно наступне.

1. Визначити довжину асоціативного ряду, для чого підрахувати кількість слів, записаних за 1 хвилину.

2. Визначити структуру асоціативного ряду, для чого підрахувати спочатку число семантичних гнізд за допомогою логічної співвіднесеної поряд розташованих слів між собою.

3. Визначити середній розмір семантичних гнізд, розділивши кількість слів у всьому ланцюжку на кількість гнізд.

4. Дати назви найкрупнішим семантичним гніздам.

5. Визначити середній розмір асоціативного ланцюжка при декількох експериментах, середня кількість семантичних гнізд, їх середній розмір і найбільш часті назви.

6. Результати дослідження тесту заносять до наступної таблиці:

Номер досвіду	Довжина ланцюжка	Кількість гнізд	Розмір гнізда	Назви гнізд
Всього, середній				

При аналізі експериментальних даних необхідно звернути увагу на наступне. Численні експерименти показали, що для здорової активної людини, обізнаної дану мову, середня довжина асоціативного ланцюжка за 1 хвилину складає 19 – 21 слово. При занижених показниках, наприклад 10 слів в хвилину, можна припускати загальмованість мовно-думкових процесів, викликану різними причинами: втомою, поганим знанням мови, ригідністю мислення. Підвищені показники (35 – 40 слів в хвилину) свідчать про надмірну

рухливість мовно-думкових процесів, причиною якої можуть бути хвороблива збудливість, гарячковий стан, емоційна схвильованість. Оцінюючи структуру асоціативного ряду, слід звернути увагу на те, що нормою вважається утворення 3 – 4 гнізд за 1 хвилину з середнім розміром в 5 – 6 слів в гнізді. Збільшення кількості гнізд і зменшення кількості слів в гнізді, як і зворотний процес, відображають динамічні особливості мовно-думкової діяльності, пов'язані із збудженням або гальмуванням і спрямованістю підсвідомих і усвідомлених процесів.

9. АСОЦІАТИВНИЙ СПРЯМОВАНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ

Методика є варіантом тесту словесної асоціації. Призначена для вивчення особливостей асоціативного мислення, лінгвістичного запасу. Спрямований асоціативний експеримент від різних варіантів вільного асоціативного тесту відрізняється тим, що пацієнт у відповідь на слова-стимули відповідає (або записує) не будь-якими словами, що прийшли йому в голову, а відповідно до інструкції. Таким чином, асоціативні реакції пацієнтів як би прямують по певного русла. Це накладає обмеження на процеси розумового пошуку випробовуваних при виборі відповідних слів з наявних в їх розпорядженні. Інструкції можуть бути різними як по спрямованості, так і по ступеню складності. Наприклад, підбір реакцій-антонімів або синонімів – легше завдання, ніж підбір за принципом видових або статичних відносин. Кількість стимулів, як і в попередньому варіанті вільного асоціативного експерименту, 30 – 40 слів, але відповідно до інструкції вони вибираються більш осмислено, наприклад, по словнику синонімів або антонімів.

Пацієнтові надається інструкція: «У відповідь на пред'явлене слово-стимул запишіть слово протилежного значення (антонім)».

Слова-стимули: 1. Злість; 2. Пан; 3. Нерозторопність; 4. Ганьба; 5. Суперник; 6. Чорний; 7. Стрибати; 8. Красивий; 9. Цілина; 10. Гуманність; 11. Сміх; 12. Атака; 13. Буривши; 14. Нудьга; 15. Біда; 16. Вершина; 17. Тьмянний; 18. Любити; 19. Сушачи; 20. Культура; 21. Жінка; 22. Дитина; 23.

Знахідка; 24. Надія; 25. Мороз; 26. Робота; 27. Гладкий; 28. Узяти; 29. Похва-
ла; 30. Адажіо

Правильні відповіді-антоніми: 1. Доброта; 2. Слуга, раб; 3. Проворли-
вість, спритність, прудкість; 4. Шана, слава, честь; 5. Партнер, колега, одно-
думець; 6. Білий; 7. Стояти; 8. Потворний, потворний, непривабливий; 9. Ріл-
ля, орна земля, оброблена земля; 10. Мізантропії; 11. Плач; 12. Оборона, за-
хист; 13. Тиша, спокій; 14. Веселість; 15. Радість; 16. Підстава, підошва;
17. Яскравий; 18. Ненавидіти; 19. Море, вода; 20. Неуцтво; 21. Чоловік, ста-
рий; 23. Втрата; 24. Відчай; 25. Спека, жара; 26. Відпочинок, неробство;
27. Шорсткий; 28. Віддати; 29. Лайка, критика; 30. Алегро, престо, скерцо.

Для оцінки експериментальних результатів слід підготувати таблицю з
вказівкою адекватних реакцій, неадекватних і приблизно правильних, так
званих семантичних парафазій (близьких за сенсом):

Вербальні стимули	Адекватні реакції	Семантичні парафазії	Неадекватні реакції
Загальна кількість			

При гарному або задовільному знанні мови і активному використанні
внутрішніх структурних зв'язків пацієнти показують високі результати по
другій колонці – адекватним реакціям. Достатньо гарними для діагностики
будуть і показники по третій колонці, але бажано точніше виконувати ін-
струкцію. Наприклад, якщо на слово-стимул «ганьба» пацієнт відповідає
словом «гордість», то така відповідь потрапить в другу колонку, оскільки по
словнику антонімів треба було написати слова «шана», «слава» або «честь».
У третю колонку потрапляють ті відповіді, які не відповідають інструкції
взагалі. Наприклад, у відповідь на слово «ганьба» випробовуваний пише сло-
ва «сором», «засудження» та інші, не відповідні ідеї протилежності.

Спрямований асоціативний тест перевіряє не тільки знання мови, але і
уміння логічно мислити, співвідносити різні типи зв'язків, таким чином, ди-
ференціює індивідуальні розумові особливості випробовуваних.

VI. МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАМ'ЯТІ

1. ПРОБА НА ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ 10 СЛІВ

Пацієнту читають 10 двоскладних звукосполучень («ролам», «вакар», «сига» тощо) і просять повторити ті, що він запам'ятав в будь-якому порядку. Потім експериментатор повторно читає ці звукосполучення. Здорові повністю їх запам'ятовують після 5 – 7 повторів.

При цьому пацієнту зачитують 10 двоскладних слів. Підбирати слова для запам'ятовування потрібно так, щоб між ними важко було встановити які-небудь смислові зв'язки. Якщо це не прийняти до уваги, обстежуваний може полегшити собі завдання застосувавши прийоми мнемотехніки.

Звично, здорові обстежувані запам'ятовують 10 слів вже після 3 – 4 повторів (іноді, при тренувальній пам'яті – після 2 повторів). Через 20 – 30 хвилин обстежуваного просять повторити слова, які він запам'ятав. У випадках, де послаблення пам'яті визначається клінічно, це роблять раніше, через 10 – 15 хвилин. У цьому проміжку бажано не виконувати завдання, що пов'язані із запам'ятовуванням словесного матеріалу, можна провести дослідження за таблицями Шульте, коректурну пробу. У протоколі дослідження відзначають слова, які називає хворий (правильно і помилково).

Має інтерес співставлення результатів проби на запам'ятовування з «рівнем домагань (домагань)» пацієнта (О. Р. Лурія, 1962). «Рівень домагань» залежить від оцінки хворим своїх можливостей, від результатів попереднього досвіду. З цією метою обстежуваного перед кожним черговим повтором запитують, скільки слів він зможе запам'ятати.

Співставлення «рівня домагань» з реальними результатами дозволяє судити в деякій ступені про оцінку хворим свого стану. Так, при органічних ураженнях головного мозку, коли страждає розсудливе відношення хворобливого до свого стану, «рівень домагань» значно перевищує досягненні результати.

Результати проб на запам'ятовування можуть бути відображені графічно. Крива запам'ятовування зручно допомагає аналізувати особливості запам'ятовування. При виснажливості мнестичної функції крива запам'ятовування носить зигзагообразний характер. Проба на запам'ятовування виявляє і наявність звуження об'єму уваги. У цих випадках обстежуваний в черговому повторі, називає нові слова, вже не відтворює слів, що фігурували в попередньому турі. При цьому сумарні результати після повтору мало відрізняються.

2. ТЕСТ «ДОВГОЧАСНА ПАМ'ЯТЬ»

Метод спрямований на визначення об'єму короткочасної і довготривалої пам'яті.

Експериментатор зачитує 15 довільно вибраних слів (числа, з їх порядковими номерами; пред'являє 10 фігур). Не повинно бути слів, які позначають предмети, що оточують випробовуваного в даний момент. Випробовуваний відтворює слова після кожного зачитування у будь-якому порядку.

Для оцінки короткочасної пам'яті рекомендується побудувати графік. На осі ординат відкладається число слів, що запам'яталися, по осі абсцис – число повторень. Якщо до 5-го зачитування випробовуваний запам'ятав 15 слів – задовільно, якщо до 3-го – добре. Якщо число слів наростає і до третього зачитування, встановлюється максимум, то це означає, що психічній виснаженості не наголошується. Якщо випробовуваний відтворює мало слів і після 2 – 4 повторень кількість їх зменшується, то це свідчить про виснаженість. Вплітання зайвих слів розцінюється як одна з ознак ослаблення психічної діяльності.

Задля перевірки довготривалої пам'яті, приблизно через 0,5 години просять повторити ці слова. Відтворення 2 / 3 слів, задовільно. Потім проводиться запам'ятовування тексту із смисловим зв'язком. Порівнюють це відтворення відразу після зачитування і через 1,2 години із запам'ятовуванням 15 слів без смислового зв'язку.

Тест 1

За 40 секунд запам'ятайте 20 слів та їх порядкові номери. Закрийте текст, на листі паперу напишіть слова з їх порядковими номерами:

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. Українець | 11. Масло |
| 2. Економіка | 12. Папір |
| 3. Каша | 13. Тістечко |
| 4. Татуїровка | 14. Логіка |
| 5. Нейтрон | 15. Стандарт |
| 6. Любов | 16. Глагол |
| 7. Ножиці | 17. Прорив |
| 8. Совість | 18. Дезертир |
| 9. Глина | 19. Свіча |
| 10. Словар | 20. Вишня |

Продуктивність запам'ятовування розраховується за формулою: кількість правильно репрезентованих слів розділяється на загальну кількість представлених слів та помножається на 100.

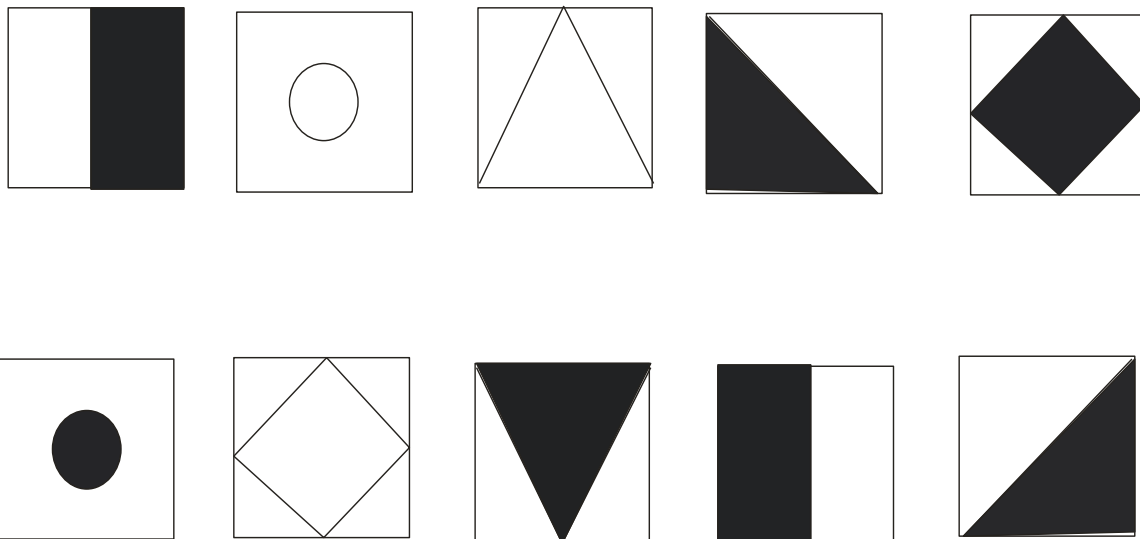
Тест 2

Зробіть теж саме з числами та їх порядковими номерами. Час на запам'ятовування – 40 секунд. Процент правильних відповідей розраховується за вище вказаною формулою.

- | | |
|-------|--------|
| 1. 43 | 11. 37 |
| 2. 57 | 12. 18 |
| 3. 12 | 13. 87 |
| 4. 33 | 14. 56 |
| 5. 81 | 15. 47 |
| 6. 72 | 16. 6 |
| 7. 15 | 17. 78 |
| 8. 44 | 18. 61 |
| 9. 96 | 19. 83 |
| 10. 7 | 20. 73 |

Тест 3

Протягом 10 секунд уважно розгляньте фігури, вписані в 10 квадратів, а потім спробуйте намалювати їх в тому ж порядку або назвіть номер і фігуру.



Тест 4

Протягом 60 секунд прочитайте текст. В ньому виділені жирним шрифтом і пронумеровано 10 головних думок. Спробуйте відтворити їх, зберігаючи вказану послідовність.

«У 1912 році в Атлантичному океані відбулася катастрофа. Величезний **пасажирський пароплав «Тітанік»**, що йшов першим рейсом з Європи до Америки, **зіткнувся** в тумані з плаваючою крижаною горою – **айсбергом**.

- 1) **Отримав пробоїну і почав тонути.**
- 2) «Спустити шлюпки!» – **скомандував капітан**. Але шлюпок опинилося **недостатньо**.
- 3) Їх вистачило тільки на половину пасажирів. «**Жінки і діти – до сходнів, чоловікам надіти рятувальні пояси**», – пролунала друга команда.
- 4). **Чоловіки мовчки відійшли від борту**. Пароплав поволі занурювався в темну холодну воду.
- 5) Ось почалася **посадка в останню шлюпку**.

6) І раптом до сходнів скричавши, **кинувся якийсь товстун з перекошеним від страху лицем.**

7) Розштовхуючи жінок і дітей, він намагався вскочити в шлюпку.

8) Почулося клацання – це **капітан вистрілив з пістолета.**

9) **Боягуз впав на палубу мертвим.**

10) Але ніхто не озирнувся в його бік.

Склавши цифри, отримані по чотирьох тестах, а потім, розділивши суму на чотири, ви дізнаєтеся середню продуктивність запам'ятовування.

90 – 100 – відмінний результат

70 – 90 – дуже добрий результат

50 – 70 – хороший

30 – 50 – задовільний

10 – 30 – поганий

00 – 10 – дуже поганий

3. ТЕСТ «ОБ'ЄМ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ»

Варіант 1. Цифровий матеріал.

Випробовуваним зачитують ряди чисел з постійно наростаючою кількістю цифр. Після команди «Записуйте» випробовувані повинні записати числа, що запам'яталися, в тому ж порядку, як вони були пред'явлені.

Числа: 439, 3953, 42731, 619473, 5917423, 98192647, 382951746.

При перевірці правильності цифр, що запам'яталися, нараховують бали: за кожен правильно відтворену цифру на правильному місці присуджується по 1 балу, за пропущену або невірну цифру – штрафний 1 бал, за перестановку місця правильно відтвореної цифри – штраф в 0,5 балу. Визначаються бали по кожному ряду. Знаходиться максимально високий показник, проявлений студентом в будь-якій з пред'явлених лав. Об'єм короткочасної пам'яті (ОКП) дорівнює максимальному балу.

Варіант 2. Словесний матеріал.

Пацієнту зачитують 10 слів. Після команди «Записуйте» пацієнт записує слова, що запам'яталися, в тому ж порядку, як вони були пред'явлені.

Слова: ранок, срібло, дитина, річка, північ, вгору, капуста, стакан, школа, черевик.

Оцінка правильності відтворення в балах проводиться так само, як у варіанті 1.

Варіант 3. Числові рядки.

Випробовуваним зачитуються ряди чисел. Після команди «Записуйте» пацієнт повинен записати числа, що запам'яталися. Після цього знов прочитують ряди чисел і неправильно відтворені по порядку і величині числа закреслюють. Пропуск чисел в ряду не вважається помилкою. Після одноразового пред'явлення зазвичай відтворюється ряд з 5 чисел.

Числові рядки: 37 48 95
24 73 58 49
89 65 17 59 78
53 27 87 91 23 47
16 51 38 43 87 14 92
72 84 11 85 41 68 27 58
47 32 61 18 92 34 52 76 84
69 15 93 72 38 45 96 26 58 83

Висновок: $ОКП = 7 \pm 2$ (слів, цифр, чисел, шматків інформації). Можливості короткочасної пам'яті можуть бути підвищені, якщо «шматки інформації» більш інформаційно присичені за рахунок угруповання, об'єднання цифр, слів в єдиний цілісний «шматок-образ»; наприклад, при запам'ятовуванні словесного матеріалу слова: річка, срібло, дитина, ранок – можуть бути об'єднані в єдиний образ і виступати як один цілісний «шматок інформації».

4. ТЕСТ «ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ВІД УСТАНОВКИ ОСОБИСТОСТІ»

Пацієнту зачитують слова серії А, які треба записати після закінчення читання одне під іншим, незалежно від їх порядку в ряду. При перевірці експериментатор поволі читає слова, випробовувані відзначають відтворені вірно.

Далі зачитують слова серії Б і просять після закінчення читання мовчки написати, незалежно від порядку в ряду, слова, що все залишилися в пам'яті, містять букву «О». Після закінчення читання випробовуваний просить, окрім слів, що містять букву «О», записати також всі інші слова тільки що прочитаного ряду. Потім проводять перевірку

Далі підраховується скільки слів з буквою «О» в серіях А і Б відтворили. Потім обчислюють відношення числа слів, що запам'яталися, з буквою «О» в серіях А і Б. Дріб показує, в скільки разів більше запам'яталося слів при установці і без установки.

Рядки слів для запам'ятовування:

	<i>Серія А</i>		<i>Серія Б</i>
Міра	Хмара	Нива	Сушачи
Вода	Нога	Шкіра	Доза
Чаша	Зима	Дача	Місяць
Гора	Рота	Соха	Роза
Дума	Шуба	Рука	Губа
Коза	Мода	Пора	Поза
Пиля	Річка	Каша	Лапа
Роса	Зола	Сова	Ноша

5. ТЕСТ «ОСМИСЛЕНІСТЬ СПРИЙНЯТТЯ У ЗАПАМ'ЯТОВУВАННІ»

Серія А.

Пацієнту зачитуються слова. Вони повинні постаратися запам'ятати їх попарно. Потім експериментатор прочитує тільки перше слово кожної пари, а пацієнт записує друге.

Пари слів для запам'ятовування: лялька – грати, курка – яйце, ножиці – різати, кінь – сіно, книга – читати, метелик – муха, щітка – зуби, барабан – піонер, сніг – зима, півень – кричати, чорнила – зошит, корова – молоко, паровоз – їхати, груша – компот, лампа – вечір.

При перевірці поволі читають пари слів. Якщо друге слово записане правильно, то ставлять «+», якщо неправильно або взагалі не записано, ставлять «-».

Серія Б.

Характер пред'явлення і перевірка такі ж, як і в серії А. Після проведення досвіду порівнюють кількість слів, що запам'яталися, по кожній серії.

Пари слів для запам'ятовування: жук – крісло, перо – вода, окуляри – помилка, дзвоник – пам'ять, голуб – отець, лійка – трамвай, гребінка – вітер, чоботи – казан, замкнув – мати, сірник – вівця, терка – море, санчата – завод, риба – пожежа, сокира – кисіль.

6. ТЕСТ «ПОРІВНЯННЯ ПРОЦЕСІВ РЕТЕНЦІЇ Й ВПІЗНАННЯ»

Методика складається з трьох дослідів. В перших двох – пред'явлення на слух, в третьому – зоровий. 1 і 2 досліди відрізняються тільки кількістю експериментального матеріалу. У 1 досвіді випробовуваному читають ряд з 10 не зв'язаних між собою слів і пропонують відтворити у будь-якому порядку. Результати відтворення фіксуються в протоколі. Потім експериментатор читає другий ряд з 20 слів, в який включено у випадковому порядку 10 слів першого ряду. Випробовуваний повинен відповісти «так» при словах, які

пред'являлися в першому ряду. Експериментатор відзначає слова, що дізналися, знаком «+» в протоколі. У другому аналогічному досвіді для відтворення пропонується ряд з 15 слів, а для впізнавання – 30 слів.

Зразок протоколу до дослідів 1 і 2.

Пацієнт:		Дата:	
Пред'явлений ряд	Результати відтворення	Ряд слів для пізнавання	Результати впізнавання
1.		1.	
2.		2.	
.		.	
.		.	
.		.	
10.		20.	

Аналогічний протокол для 2 досвіду, тільки на 15 слів для відтворення і на 30 – для пізнавання.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

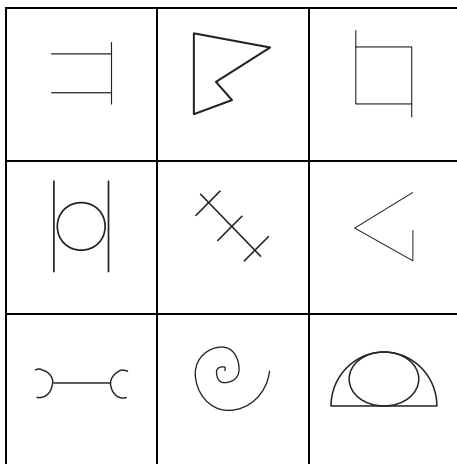
1. Визначити частоту правильного пізнавання слів в кожному досвіді.
2. Визначити частоту правильного відтворення слів в кожному досвіді.
3. Побудувати порівняльні стовпчикові діаграми частот правильного відтворення і пізнавання в кожному досвіді.
4. Порівняти продуктивність відтворення і впізнавання в 1 і 2 дослідах.
5. Виявити тенденцію, яка при цьому виявляється, і показати, чим вона пояснюється.

У третьому досвіді експериментальним матеріалом є геометричні фігури, зображення яких представлено нижче. Досвід складається з двох частин. У першій частині випробовуваному пред'являють матрицю А, що містить 9 фігур, час експозиції – 10 секунд. Завдання випробовуваного – запам'ятати фігури і відтворити їх (замалювати) через 5 секунд після закінчення експозиції. У другій частині досвіду випробовуваному показують матрицю В, що містить інші 9 фігур, час експозиції також 10 секунд. Через 5 секунд йому показують матрицю С, що містить 20 фігур, серед яких 9 фігур з матриці В і 11

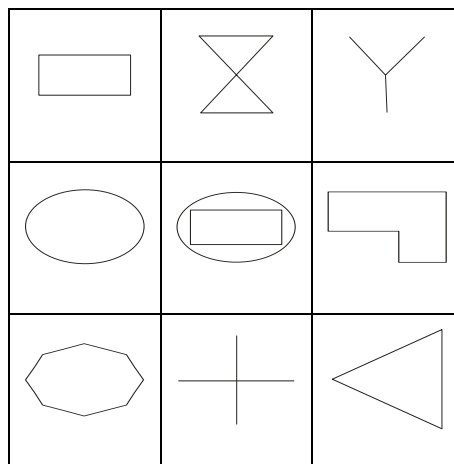
нових стимулів. Завдання випробовуваного – вказати фігури, які містилися в матриці В. Час пред’явлення матриці С складає 3 хвилини.

Стимульний матеріал – геометричні фігури:

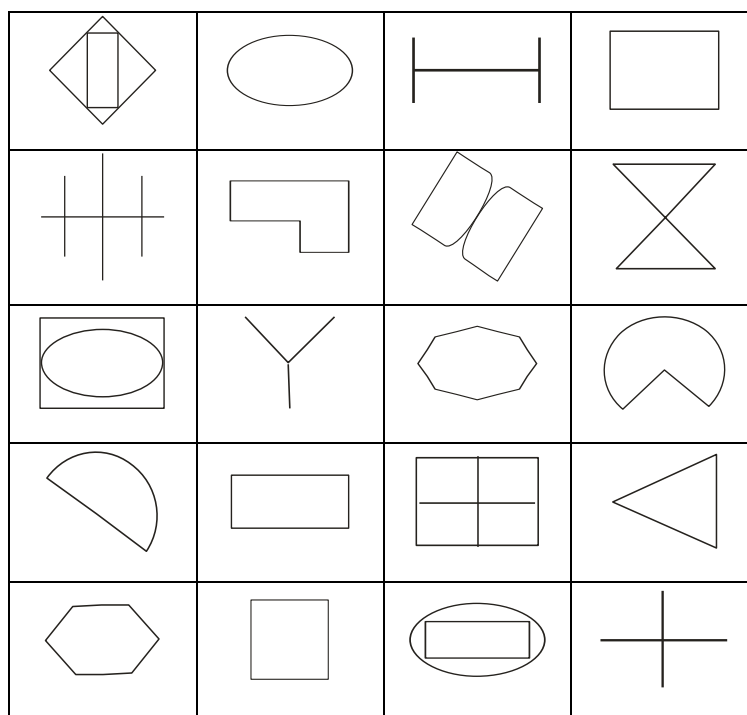
Матриця А.



Матриця В.



Матриця С.



Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. Визначити частоту правильного відтворення фігур в першій частині досвіду.
2. Визначити частоту правильного пізнавання фігур в другій частині досвіду.
3. Проаналізувати помилки відтворення і пізнавання фігур.

4. Порівняти продуктивність процесів відтворення і впізнання геометричних фігур.

7. ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ ЗА МЕТОДОМ ДЖЕКОБСА

Досвід проводиться на цифровому матеріалі. Пацієнтові надаються послідовно сім рядів цифр, що містять від чотирьох до десяти елементів. Ряди складені по таблиці випадкових чисел. Експериментатор по одному разу читає по черзі кожен ряд, починаючи з найкоротшого. Після прочитання кожного ряду, через 2 – 3, пацієнт письмово відтворює в протоколі елементи ряду в тому ж порядку, як вони читалися. Досвід повторюється чотири рази (на інших цифрових рядах). Після цього пацієнт дає словесний звіт про те, якими прийомами він користувався для запам'ятовування. Експериментатор фіксує звіт, а також свої спостереження за поведінкою пацієнта в ході досвіду.

Зразок протоколу:

Довжина ряду	Результати відтворення			
	Досвід 1	Досвід 2	Досвід 3	Досвід 4
4.				
5.				
6.				
7.				
.				
10.				

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. Звірити результати кожного досвіду з пред'явленим матеріалом. Знаком «+» наголошуються правильно відтворені ряди. Ряди, не відтворені повністю, відтворені з помилками або в іншій послідовності, наголошуються знаком «-».

2. Скласти звідну таблицю результатів чотирьох дослідів і обчислити відсоток правильно відтворених рядів кожної довжини за всі досліді:

Номер досвіду	Результати відтворення						
	4	5	6	7	8	9	10
1.	+	+	+	+	+	+	-
2.	+	+	+	+	-	-	-
3.	+	+	+	-	-	-	-

4.	+	+	+	-	-	-	-
правильно відтворені							

3. Побудувати графік залежності продуктивності запам'ятовування від кількості матеріалу (по відсотку правильно відтворених рядів за всі досліди).

4. Обчислити об'єм пам'яті за формулою: $V = A + m / n + K / 2$, де A – найбільша довжина ряду, відтвореного правильно у всіх дослідах, n – число дослідів (у даному завданні $n = 4$), m – кількість відтворених рядів, великих A , Do – інтервал між рядами (у даному завданні $Do = 1$).

5. Скласти звідну таблицю результатів дослідів для групи випробовуваних (10 чоловік) і обчислити середні показники. Нанести середній графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду на індивідуальний графік пацієнта.

6. На підставі отриманих кількісних даних і словесного звіту випробовуваних проаналізувати хід процесу запам'ятовування у даного пацієнта. Зіставити індивідуальні дані з середніми по групі (об'єм короткочасної пам'яті і графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду).

8. ДОСЛІДЖЕННЯ МИМОВІЛЬНОГО ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ТА УМОВ ЙОГО ПРОДУКТИВНОСТІ

Методика спрямована на з'ясування продуктивності мимовільного запам'ятовування від характеру діяльності людини.

Досвід 1. Класифікація зображень предметів.

До оснащення експерименту входить 15 карток, на кожній з яких зображений один предмет, 15 предметів легко класифікуються: тварини, фрукти, іграшки. Окрім зображень предмету, на кожній картці (у правому верхньому кутку) написано двозначне число.

Перед початком досвіду картки розташовуються у випадковому порядку і закриваються листом паперу.

Пацієнтові дається наступна інструкція. «З вами буде проведений досвід, в якому перевіряється уміння класифікувати предмети по загальних ознаках. Ваше завдання полягає в тому, щоб класифікувати всі картинки по групах і записати їх в цьому порядку, ставлячи на початку кожної групи її назву. Ті, хто завершить працю до закінчення досвіду, повинен доповнити виділені групи предметами, що відносяться до тих же класів».

Після закінчення досвіду його учасникам пропонують по пам'яті відтворити у будь-якому порядку спочатку предмети, зображені на картках, а потім числа.

Досвід 2. Складання числового ряду.

Експериментальний матеріал той же, що і в досвіді 1. Картки розташовуються на щиті так, щоб числа на них не утворювали натурального ряду. Пацієнту пропонують намалювати на листі паперу сітку в 15 кліток (3 ряди по 5). Пропонують розташувати всі числа, що є на картках, строго по порядку номерів, так щоб найменше – в праву клітку нижнього ряду. Помилково записані числа слід закреслювати і тамо ж писати потрібне число. Ті, хто завершив працю до закінчення досвіду повинен намалювати ще одну сітку і вписати в неї спочатку всі парні числа, а потім всі непарні.

Далі слід відтворити спочатку числа, а потім назви предметів.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. Визначити середнє число правильно відтворених предметів і чисел в обох дослідах для групи випробовуваних.

2. На підставі аналізу середніх даних зробити висновки про умови продуктивності мимовільного запам'ятовування.

3. Встановити обставини, які сприяли запам'ятовуванню в окремих випадках предметів і чисел в ситуаціях, коли вони виступали фоновими подразниками.

9. ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ

Метод розроблений Л. С. Мучником та В. М. Смирновим, спрямований на визначення інтегральної характеристики короткочасної пам'яті. Метод дозволяє диференційовано вимірювати об'єм короткочасної і оперативної пам'яті і встановлювати їх співвідношення і взаємозв'язок.

У першій частині досвіду визначається об'єм короткочасної пам'яті на числа по класичній методиці Джекобса.

У другій частині досвіду визначається об'єм оперативної пам'яті. Пацієнтові пред'являють випадкові однозначні числа, які він повинен попарно складати в думці і запам'ятовувати тільки результати складання. Числа підбираються так, щоб сума у всіх випадках не перевищувала 9. Коли експериментатор закінчує читати ряд, пацієнт повинен в тій же послідовності усно відтворити результати складання пред'явлених чисел. Відповіді записуються експериментатором у протокол. Довжина ряду пар чисел варіюється від двох до восьми. Ряди пред'являються в порядку зростання. Для отримання надійніших результатів досвід повторюють чотири рази на різних числових рядах.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. Визначити об'єм короткочасної пам'яті за формулою Джекобса.
2. Визначити об'єм оперативної пам'яті по тій же формулі.
3. Визначити індекс короткочасної пам'яті випробовуваного по формулі: $ІКП = (ОП + КП) \times ОП / КП$, де ОП – об'єм оперативної пам'яті, КП – об'єм короткочасної пам'яті.

10. ВИМІРЮВАННЯ ОБ'ЄМУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ МЕТОДОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСУТНЬОГО ЕЛЕМЕНТУ

Пацієнт заздалегідь знайомиться з ряду стимулів, які використовуватимуться в експерименті. Потім ці стимули пред'являють послідовно у випадковому порядку. Завдання полягає в тому, щоб визначити, який з елементів ряду відсутній в пред'явленій послідовності. Пацієнтові повідомляють, що як матеріал в досвіді використовуються числові ряди (від 13 до 25). Довжина

ряду варіюється від 5 (числа 13 – 17) до 13 (числа 13 – 25) символів. Перед пред'явленням кожного ряду повідомляють його довжину.

За сигналом «увага» ряд пред'являють пацієнту на слух. Після цього він повідомляє, який елемент був пропущений. Відповіді записуються експериментатором в протокол. У досвіді пред'являються дев'ять рядів чисел в порядку зростання. Досвід повторюється чотири рази.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. Скласти звідну таблицю результатів за даними чотирьох дослідів. У таблиці знаком «+» відзначають правильні, знаком «-» – помилкові відповіді і відмови.

2. Визначити об'єм короткочасної пам'яті.

Звідна таблиця результатів.

Номер п/п	Результати відтворення								
	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.									
2.									
3.									
4.									
правильні відтворення									

11. ДОСЛІДЖЕННЯ МИМОВІЛЬНОГО Й ОПОСЕРЕДКОВАНОГО ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ЗА О. Р. ЛУРІЯ ТА О. М. ЛЕОНТЬЄВИМ

Експеримент 1.

Мета експерименту полягає в порівнянні продуктивності безпосереднього і опосередкованого запам'ятовування. Експеримент складається з двох дослідів. Мета першого – визначити об'єм мимовільного запам'ятовування, другого – об'єм опосередкованого. Експериментальний матеріал в обох дослідідах пред'являється слуховим способом.

У першому досвіді експериментальним матеріалом служить ряд з 15 нез'язаних між собою по сенсу слів (з 4 – 6 букв). Експериментатор читає пацієнту всі 15 слів з паузами між словами в 2 секунди. Після закінчення чи-

тання ряду, через 5 секунд, він повинен відтворити вголос слова у будь-якому порядку. Після закінчення досвіду пацієнт дає словесний звіт про те, яким чином він запам'ятовував слова.

У другому досвіді експериментальним матеріалом служить ряд з 15 пар слів (з 4 – 6 букв). Кожна пара повинна бути зв'язана між собою будь-яким видом асоціації (наприклад: зима – сніг, дерево – стіл, нога – чобіт тощо). Перші слова пар – слова-опори, другі, – слова-об'єкти, які випробовуваний повинен запам'ятати. Експериментатор читає слова з наголосом на першому слові. Інтервал між парами – 2 секунд. Після закінчення пред'явлення ряду, через 5 секунд, експериментатор читає тільки слова опори (порядок їх пред'явлення змінюється), а пацієнт повинен називати слова-об'єкти, відповідні словам-опорам.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. По кожному досвіду підрахувати частоту правильних і помилкових відтворень.

2. Скласти звітну таблицю результатів обох дослідів.

3. Визначити коефіцієнт ефективності запам'ятовування при переході до використання спеціальних засобів запам'ятовування.

4. Порівняти результати дослідів між собою, привертаючи не тільки кількісні показники, але і матеріали словесних звітів випробовуваних і спостережень експериментатора.

Експеримент 2.

Мета експерименту полягає у визначенні умов збільшення продуктивності опосередкованого запам'ятовування. Експеримент складається з трьох дослідів. Матеріалом у перших двох дослідях служать ряди з 15 слів і 15 картинок; для третього досвіду використовуються ряди з 15 слів і 30 картинок.

У всіх трьох дослідях необхідно запам'ятати, а потім відтворити 15 слів, використовуючи для запам'ятовування картинку. Їх пред'являють одночасно з відповідним словом. У першому досвіді використовують картинку близькі по сенсу до слів; у другому досвіді – далекі по сенсу. У третьому до-

свіді пацієнт самостійно підбирає до кожного слова певну картинку з 30 пред'явлених.

У перших двох дослідах слова для запам'ятовування і картинки пред'являються одночасно при часі експозиції 3 секунди. Інтервал між пред'явленнями – 5 секунд. Через 10 секунд після пред'явлення всіх слів і картинок пацієнту пред'являють картинки в іншій послідовності. Завдання пацієнта – у відповідь на кожен картинку записати те слово, яке відповідає даному зображенню. Також, слід фіксувати словесний звіт випробовуваного про ті зв'язки, які він встановлював між словами і картинками.

У третьому досвіді випробовуваному пред'являють одночасно слова для запам'ятовування і 30 картинок. Час пред'явлення не обмежується. Випробовуваний указує картинку і слово, з яким ця картинка асоціюється. У відповідь реакції випробовуваного реєструються. У другій частині третього досвіду пацієнту у випадковому порядку пред'являють відібрані ним картинки. Пацієнт письмово відтворює відповідні слова.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. По кожному досвіду підрахувати частоту правильно і помилково відтворених слів.
2. Скласти звідну таблицю результатів у всіх трьох дослідах.
3. Зіставити експериментальні дані за наслідками відтворення у всіх трьох дослідах (прості зв'язки – перший досвід, складні зв'язки – третій досвід, встановлення вільних зв'язків – третій досвід).

Експеримент 3.

Мета експерименту полягає в дослідженні продуктивності опосередкованого запам'ятовування в умовах утворення різних за своїм змістом зв'язків між словами-об'єктами і словами-опорами.

У експерименті використовується модифікація методу парних асоціацій, запропонована П. І. Зінченко (1963). Експериментальним матеріалом є 15 пар слів, які розділяються на три групи по 5 пар в кожній по характеру зв'язків між словами в парі. У першій групі між кожною парою слів є зовні-

шні зв'язки: слова починаються з однієї і тієї ж букви (наприклад, ніс – ніж); у другій – пари слів знаходяться в смислових конкретних зв'язках (наприклад, вода – стакан); у третій – слова знаходяться в смислових понятійних зв'язках (наприклад, дуб – дерево). У списку ці три групи пар даються у випадковому порядку.

Пацієнту пояснюють, що він повинен запам'ятати в кожній парі тільки перше слово; друге слово потрібно використовувати як спосіб запам'ятовування першого. Експериментатор читає список пар слів з паузою між словами в 2 з і між парами – в 3 секунд.

Відтворення виконується письмово двічі. Спочатку випробовувані записують перші слова пар в довільному порядку. Потім експериментатор читає другі слова пар, а потім випробовувані записують перші.

Інтерпретація результатів виконується наступним чином.

1. Визначити середнє число правильних відтворень в першому і другому випадку.
2. Визначити середнє число правильних відтворень в другому випадку окремо від кожної з трьох груп слів.
3. Порівняти продуктивність мимовільного і опосередкованого запам'ятовування за наслідками першої серії експерименту.
4. Порівняти продуктивність опосередкованого запам'ятовування з використанням наочних і словесних опор за даними першого і другого серій експерименту.
5. Встановити залежність продуктивності мимовільного запам'ятовування від характеру зв'язків між парами слів.

12. МЕТОДИКА «ПІКТОГРАМА» (О. Р. ЛУРІЯ, Б. Г. ХЕРСОНСЬКИЙ)

Методика як прийом експериментально-психологічного дослідження запропонована на початку 30-х років ХХ століття. Зазвичай пацієнту пропонують для запам'ятовування певну кількість слів або виразів, при цьому для кожного з них потрібно намалювати будь-яке зображення або знак, тобто пі-

ктографічний запис рядів понять. Як стимули використовуються поняття різного ступеня узагальненості, пряме зображення тих, узагальнення яких утруднене або неможливе (напр., «веселе свято», «теплий вітер», «обман», «справедливість»).

Особливістю інструкції є орієнтація пацієнта на дослідження тільки особливостей пам'яті, а також заборону використовувати будь-які буквені позначення. Після виконання малюнків випробовуваний повинен назвати відповідні ним поняття або вирази. Одним з найважливіших елементів дослідження є бесіда, що дозволяє розкрити сенс символів, що продукуються випробовуваним. Час обстеження не регламентується.

Якщо при використанні варіанту піктограми по О. М. Леонтьєву вибір випробовуваного був обмежений 30 зображеннями, що входили в набір карток (при цьому в процесі виконання завдань число можливих варіантів зменшувалося), то єдиним чинником, що обмежує вибір образу у варіанті з вільним малюванням, є інтелектуально-асоціативний фонд особи випробовуваного, його афектні установки. Таким чином, характер діяльності пацієнта і можливість інтерпретації малюнка наближають тест до проектних методик.

Особливістю, що розширює інтерпретативну спрямованість методики, є та обставина, що опосередковане запам'ятовування відображає як мнестичні, так і інтелектуальні процеси (О. Р. Лурія, 1962). Побудова образу, придатного для запам'ятовування, є наслідком творчої активності мислення, в якому відбивається його індивідуальна структура (С. В. Лонгінова, С. Я. Рубінштейн, 1972). Звідси – широкі можливості для дослідження мислення, в першу чергу процесу узагальнення. (Не випадково перші дослідження із застосуванням методики (Р. В. Біренбаум, 1934) були присвячені аналізу особливостей мислення хворих психічними захворюваннями, оскільки побудова піктограми зв'язана із значними розумовими зусиллями і недоступно при інтелектуальній недостатності).

У вітчизняній психології методика використовувалася в контексті вивчення опосередкованого запам'ятовування в рамках культурно-історичної

концепції (Л. С. Виготський, 1935). Найбільш простий прийом піктографічного дослідження був запропонований Л. В. Занковим (1935). Випробовуваним пропонували запам'ятати конкретне слово за допомогою певного зображення на картинці, шляхом встановлення зв'язку між словом і зображенням, що пред'являється. Варіант тесту, запропонований О. М. Леонтьєвим (1930), вимагав складнішої діяльності: вибору для запам'ятовування слова картинки з пропонованого набору. Цей варіант тесту знайшов широке розповсюдження, особливо в клінічних дослідженнях дітей (А. Я. Іванова, Е. С. Мандрусова, 1970; Л. В. Бондарева, 1969; Л. В. Петренко, 1976).

В даний час наголошується тенденція розробки і вдосконалення інтерпретативної схеми методики, що враховує різноманітні категорії досліджуваних показників і що передбачає формалізацію даних. Це розширює можливості методики, що допускала раніше лише якісну узагальнену інтерпретацію результатів, є основою для стандартизації показників, що наближає тест до сучасних психодіагностичних методик.

Однією з як найповніших схем аналізу даних піктограми є інтерпретативна схема Б. Г. Херсонського (1988). Інтерпретація складається з якісного аналізу кожного образу з подальшою формалізованою оцінкою на основі віднесення до певного типу; оцінки кількісного співвідношення образів різного типу в даному протоколі; обліку аналітичних чинників, недоступних формалізації (особливі феномени), зокрема графічних особливостей малюнка. При якісному аналізі враховуються: тематика малюнка, чинники абстрактності (конкретні образи, метафоричні образи, геометричні, графічні і граматичні символи, індивідуально-значущі образи, формальні образи). Додатково малюнки оцінюються по чиннику частоти (стандартні, оригінальні, такі, що повторюються) і по чиннику адекватності (близькість образу і поняття, ступінь узагальненості, лаконічність зображення). До реєстрованих особливих феноменів відносяться: асоціації по співзвуччю; надабстрактність символіки; недиференційовані зображення; «шокові» реакції; вживання буквених позначень; стереотипії; вислови випробовуваних тощо.

Графічні особливості малюнка аналізуються з урахуванням розташування на листі паперу, характеру ліній, розміру, натиску. Виділяються диференціально-діагностичні критерії оцінки продукції, отримані на підставі зіставлення контингентів хворих і здорових осіб. Є норми, які носять як статистичний, так і описовий характер. Валідність критерійна (поточна) визначалася зіставленням результатів серед хворих на різні психічні захворювання і здорових. Піктограма належить до методик вивчення пізнавальної сфери і особи, що найширше вживаються, у вітчизняній клінічній психодіагностиці.

Пацієнту не дається ніяких обмежень з приводу повноти і змісту образу, так само як і з приводу використовуваних матеріалів: кольору, розміру, часу. Для зручності обробки даних можна використовувують наступний зразок.

Поняття	Піктограма	Критерій адекватності	Критерій відтворення через відстрочений період	Критерій конкретності – абстрактності образу в балах (від 1 до 3)	Критерій стандартності – оригінальності образу в балах (від 1 до 3)
1. Веселе свято 2. Розвиток 3. Важка робота 4. Зимовий день 5. Розлука 6. Легка робота 7. Хвороба 8. Щастя 9. Обман 10. Бідність					

При обробці експериментальних даних враховують не тільки показники всіх чотирьох критеріїв, але і процедурні питання (легкість виконання завдання, емоційне відношення до нього, потреба в ширшому просторі і ін.).

Критерії оцінювання:

1. Найважливіший критерій – «**адекватність**». Іноді для оцінки достатньо одного малюнка, іноді необхідно отримати додаткові відомості у його автора. У разі обґрунтованості зв'язку між запропонованим поняттям і його піктограмою експерт ставить знак «+», за відсутності зв'язку – знак «-». Но-

рма характеризується високими показниками по критерію адекватності – від 70,0 % і вище.

2. Через деякий час після виконання завдання – зазвичай через 15 – 20 мін – експерт перевіряє здатність випробовуваного відновити список початкових понять по його власних піктограмах. Зазвичай для цього закривається список понять, і пацієнту у випадковому порядку пропонується відновити їх. Якщо випробовуваний використовував для передачі різних понять одні і ті ж піктограми, він допускає помилки і всілякі неточності типу синонімії, скорочення складного поняття, переплутування. Як і перший критерій, другий критерій – **«відновлюваність понять через відстрочений період»** – в нормі достатньо високий, від 80,0 % і вище. По цьому показнику можна судити про роль пам'яті в мисленні. Деякі дослідники вважали її роль такою важливою, що, наприклад, Блонський визначав розум навіть як пам'ять, тобто він в мисленні орієнтувався перш за все на запам'ятовування ознак.

3. Третій критерій – **«конкретність – абстрактність»** – також оцінюється експертом по ступеню відповідності піктограми реальному об'єкту. Якщо ця відповідність максимальна конкретно (наприклад, веселе свято зображується у вигляді гуляння з конкретними гостями і сервіровкою столу), то експерт оцінює піктограму в 1 бал. Якщо ж образ носить достатньо абстрактний характер (наприклад, те ж веселе свято зображується у вигляді ряду знаків окликів), то піктограма оцінюється в 3 бали. Можуть бути і змішані образи, які важко віднести до крайніх типів. У такому разі вони отримують оцінку в 2 бали. Експертні оцінки далі підсумовуються і підраховуються середні дані, які в нормі відповідають величині в 2 бали.

4. Четвертий критерій – **«стандартність – оригінальність»** піктограм – також оцінюється експертом, по-перше, за своїм суб'єктивним уявленням, і, по-друге, по ступеню збігу образів у різних пацієнтів. Збіги вже говорять про стандартність виконання завдання, і такі піктограми отримують нижчий бал, рівний 1. Унікальні піктограми, що не повторюються, отримують оцінку в 3 бали, проміжні варіанти отримують оцінку, рівну 2 балам. Результати підсу-

мовуються і підраховуються середні дані, які в нормі відповідають величині в 2 бали.

VII. МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ УВАГИ

1. МЕТОДИКА ВІДРАХУВАННЯ

Методика запропонована Е. Краерелін. Виявляє можливості пацієнта до операцій з підрахунком, стан уваги. Досвід є у відрахуванні від 100 або 200 всю годину одного і того ж числа. Пацієнта попереджують, що рахувати він повинний про собі, а вголос тільки називати число, яку він отримав при відліку. У проміжках між числами пацієнт рівномірно ставить крапки (приблизний хронометраж). Можна фіксувати тривалість пауз секундоміром. У протокол записують: (100 – 7) 93.86.79.72.65.58.51.44.37.30.23.16.2.

При наявності підвищеної виснаженості тривалість пауз в кінці, незважаючи не ті, що завдання стає більш легеньким, збільшується. Можливі два види помилок: помилки в одиницях і при переході через десятку, які свідчать про деяку інтелектуальну недостатність: (100 – 7) 93.85.78.71.64.58, а також другий – помилки в десятках, які характерні головним чином для хворих з нестійкою увагою. Наприклад: 93.86.69.62.55.38 тощо.

При вираженому недоумстві з недостатністю критики (наприклад, при прогресивному паралічі) відрахування ведеться всупереч інструкції і відраховується не 7, а 10, замість 17 – 20. Причому ці помилки не завжди піддаються корекції. При помилковому виконанні завдання можна або вказати хворобливому на допущену помилку, або, провести до кінця дослідження і знову повторити його спочатку.

2. МЕТОДИКА ПОЧЕРГОВОГО ВІДРАХУВАННЯ

Методика є модифікацією методики відрахування. Однак від 100 чи 200 відраховується не одне й те ж від'ємне, а два, що чергуються, наприклад 7 і 8. Запис має вигляд наступний: 100.93.85.78.70.63.55.48.40 і т.п.

Ця методика вважається більш докладною, ніж попередня. Виявляється значно легше інертність психічних процесів і виснажливість.

3. МЕТОДИКА РАХУВАННЯ ЗА Е. КРЕПЕЛІНОМ (E. KRAEPELIN) У МОДИФІКАЦІЇ Р. ШУЛЬТЕ (R. SCHULTE)

Методика використовується для вивчення працездатності – і стомлюваності хворих з астеничними станами. Вона була розроблена Е. Крепеліном ще в 1895 році. Її суть визначена модифікацією Р. Шульте, складається у вивченні здатності досліджуваних максимально швидко і точно робити додавання в розумі однозначних чисел за 8 тридцяти секундних відрізків.

Досліджуваному дається бланк із 8-ю рядами пар однозначних чисел і пропонується максимально швидко складаючи пари в стовпчик, проставляти під ними останню цифру результату.

Наприклад: 6 9 0 4 2 4 1
7 2 3 1 7 8 9
Відповідь: 3 1 3 5 9 2 0

Бланк методики рахування

3	4	3	4	4	6	6	2	4	4	7	0	8	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	0	8	3	2	4	7	6	5	3	0	4	4	7	9	0	3	8	9	2	4
9	3	5	1	5	6	2	1	0	9	4	1	4	6	4	9	0	6	4	9	1	8	3
3	0	4	7	3	2	8	4	2	8	3	7	2	9	3	3	6	7	2	9	4	6	4
9	5	4	5	2	9	6	7	0	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	0	9	3
2	9	0	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	0	9	2	2	6	7	4
9	6	1	4	9	6	7	5	9	2	9	7	1	9	7	0	6	5	5	7	1	6	7
7	2	5	3	0	8	3	9	7	0	2	3	4	9	2	6	4	8	3	4	9	4	3
0	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	0	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	0	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	0	4
8	2	1	7	4	9	7	5	6	0	8	6	9	1	2	9	8	3	5	7	7	3	1
3	4	6	5	7	3	4	3	2	5	4	3	5	6	2	4	2	9	2	0	2	5	8
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
8	9	3	8	9	1	9	0	8	7	3	7	4	9	7	3	4	5	0	9	7	3	1
4	4	7	3	4	4	3	9	3	2	5	5	2	4	3	2	4	8	7	3	9	2	4

Після закінчення кожних 30 секунд завдання респондент за командою експериментатора переходить на наступний ряд бланку.

Після закінчення завдання підраховується кількість зроблених арифметичних операцій і допущених помилок за кожен відрізок, викреслюються криві працездатності і помилок, що графічно відображають рівномірність і темп виконання завдання, наявність виснаженості (зниження числа операцій і збільшення кількості помилок до кінця завдання), спроб концентрації активної уваги (тимчасового збільшення числа операцій і зменшення помилок на визначених відрізках завдання), впрацьованості (поступового збільшення числа операцій і зменшення кількості помилок).

Повторне проведення дослідження і накладення графіків працездатності дозволяє об'єктивізувати зміни у психоемоційному стані соматичних хворих у процесі психотерапії.

При накладенні графіків працездатності різних груп хворих наявно демонструються розходження в їхньому психоемоційному стані.

4. ТАБЛІЦІ ОЦІНКИ ОБ'ЄМУ ДИНАМІЧНОЇ УВАГИ Р. ШУЛЬТЕ (ST)

Методика використовується для дослідження швидкості перемикання уваги, працездатності і вправності в умовах активного вибору корисної інформації. Таблиці представляють випадково розташовані числа (або інші об'єкти) для тренування швидкого їх знаходження по-порядку. Зазвичай застосовуються для дослідження і розвитку психічного темпу сприйняття, зокрема швидкості зорових пошукових для орієнтування рухів.

Таблиця Шульте є листком паперу, на якому намальований квадрат із сторонами 20 – 25 сантиметрів. Квадрат розбивається на 25 осередків, в які вписуються безладно числа від 1 до 25.

Пацієнту адресуються наступні інструкції. Знаходити цифри необхідно беззвучним рахунком, тобто про себе, в зростаючому порядку від 1 до 25 (без

пропуску). Знайдені цифри указуються тільки поглядом. В результаті такого тренування час читання однієї таблиці повинен бути не більше 25 сек.

Перед початком роботи з таблицею погляд фіксується в її центрі, щоб бачити таблицю цілком. Горизонтальні рухи очей заборонені. Відстань від таблиці до очей таке ж, як і при читанні звичайного тексту, тобто приблизно 25 – 30 градусів бачення. Час і періодичність тренувань потрібно вибирати так, щоб не перевтомлюватися.

При роботі із таблицями слід постійно пам'ятати, що тренування тут не самоціль. Головне розширення поля зору, що може бути досягнуте тільки при акуратному виконанні правил роботи з таблицями, систематичними і усвідомленими. Експериментатор дає інструкцію – працювати максимально швидко і уважно. Потім слідкує за часом по секундоміру, а пацієнт показує числа від 1 до 25, називаючи їх вголос. Дослідник визначає час, витрачений випробовуванним для пошуку 25 цифр по порядку спочатку в першому, а потім в 2, 3, 4 і 5 квадратах. Дослідник відмічає в зошиті час для кожного квадрата. Потім обчислюють середній час для одного квадрата (пошуку цифр в одному квадраті) і виражають графічно. Накреслюють графік, на якому по осі абсцис відкладають номери квадратів (1, 2, 3, 4, 5), а по осі ординат – час пошуку всіх цифр у відповідному квадраті. Потім роблять висновок за вибраними параметрами функції уваги.

Стимульний матеріал таблиць Р. Шульте

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

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

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

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

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

20	36	4	21	14	12
35	13	27	23	9	1
2	19	8	34	26	31
11	30	28	22	3	18
16	29	10	33	24	32
7	17	5	25	15	6

5. КОРЕКТУРНА ПРОБА Б. БУРДОНА

Коректурна проба вперше була запропонована Б. Бурдоном у 1895 році і по теперішній час використовується для виявлення стійкості уваги і здібності до її концентрації.

Дана методика використовується для дослідження особливостей активної уваги, його перемикання і особливо виснаженості. Її проведення дозволяє визначити коливання уваги, наявність стомлюваності по відношенню до одноманітних подразників.

Обстеження проводиться за допомогою спеціальних бланків, на яких існує ряд букв (або цифр), розташованих у випадковому порядку, а також секундомір. На бланку надруковані набори букв російського алфавіту. Може бути використаний газетний текст замість бланків. Послідовно розглядаючи кожну строчку, пацієнта просять відшукувати букви «К» і «Н» і відзначити їх. Букву «К» потрібно підкреслити, букву «Н» – закреслювати. Завдання необхідно виконувати швидко і точно. По команді «межа» пацієнт ставить межу на бланку. При цьому через кожних 30 або 60 секунд дослідник робить відмітки в тому місці таблиці, де в цей час знаходиться олівець випробовуваного, а також реєструє час, витрачений на виконання завдання.

Можливі інші варіанти проведення методики: викреслювати букводрукувальні (наприклад, «АЛЕ») або викреслювати одну букву, а іншу підкреслювати.

Робота починається по команді. Час роботи – 10 – 15 хвилин.

Результати проби оцінюються по кількості пропущених незакреслених знаків, за часом виконання або по кількості проглянутих знаків. Важливим показником є характеристика якості і темпу виконання (виражається кількістю рядків, що пропрацювали, і кількістю допущених помилок за кожен 60-секундний інтервал роботи).

Про достатню стійкість і концентрацію уваги свідчать наступні показники: час витрачений на виконання завдань і кількість помилок.

Концентрація уваги оцінюється по формулі: $K = C2 / П$, де:

$C2$ – число рядків таблиці, проглянутих випробовуваним;

$П$ – кількість помилок (пропусків або помилкових закреслень зайвих знаків).

Помилкою вважається пропуск тих букв, які повинні бути закреслені, а також неправильні закреслення.

Стійкість уваги оцінюється по зміні швидкості перегляду впродовж всього завдання. Результати підраховуються для кожних 60 секунд по формулі: $A = S / t$, де:

A – темп виконання;

S – кількість букв у проглянутій частині коректурної таблиці;

t – час виконання.

За наслідками виконання методики за кожен інтервал може бути побудована «крива виснаженості», що відображує, стійкість уваги і працездатність в динаміці.

Показник перемикання уваги обчислюється за формулою:

$Z = (S_0 / S) * 100$, де:

S_0 – кількість рядків, що помилково пропрацювали

S – загальна кількість рядків в частині таблиці, що пропрацювала випробовуваним.

При оцінці перемикання уваги випробовуваний отримує інструкцію закреслювати різні букви в парних і непарних рядках коректурної таблиці.

Бланки корректурной пробы Б. Бурдона

НКЕЛЫСНЛСАКЕКХЕВСКХДРКМБЭГКЗРУ
 ЦВХЕИСТЛВКЛШЮЮГКПУВГЛДТСЯКШВЫЛ
 ЯБЖСНАУХСРКЛМВЗГЛПОАЫФЭХЬМВКЛН
 МЧКЛРТКСВХЕИВЛКТЧКЛХДБРНКАСВИД
 ЗГВКЛТКТВЕСНАИСКНУХНАСНИВПЕИТ -
 ХДБЮЖЪЛЩГОШЛОГРИНПМАЕКСВЦФПКМИ
 НОРТЛЗЮХТЭРНМУНГШЗДЛХОБРМПСКВФ
 АУМСНКТИЛДЗХБТКВУЗНАЛИДИМРАНКВ
 ДШБТСВФХБЭКЛАИСШОВХКОЛБААНОВСПЛ
 ОЙШРАЛГОСТДИБКПВСБГЛКРПРИКОВЛТ --
 МНУДХБСРЛГДКУФСТМЛНОЛКСВХЕМВА
 ИМСКАЛДГТЕВДХДБИТХГКУКЛМНКЕЛЫС
 НЛСАКЕКХЕВСКХДРКМБЭГКЗРУЦВХЕИС
 ТЛВКЛЩЮГКПУВГЛДТСЯКШВЫЛЯБЖСНАУ -
 ХСРКЛМВЗГЛПОАЫФЭХЬМВКЛНМЧКЛРТК
 СВХЕИВЛКТЧКЛХДБРНКАСВИДЗГВКЛТК
 ШВЕСНАИСКНУХНАСНИВПЕИТХДБЮЖЪЛ
 ЩГОШЛОГРИНПМАЕКСВЦФПКМИНОРТЛЗЮ
 ХТЭРНМУНГШЗДЛХОБРМПСКВФАУМСНКТ
 ИЛДЗХБТКВУЗНАЛИДИМРАНКВДШБТСВФ --
 ХБЭКЛАИСШОВХКОЛЕААНОВСПЛОЙШРАЛГ
 ОСТДИБКПВСБГЛКРПРИКОВЛТМНУДХБС
 РЛГДКУФСТМЛНОЛКСВХЕМВАИМСКАЛДГ
 ТЕВДХДБИТХГКУКЛМНКЕЛЫСНЛСАКЕКХ
 ЕВСКХДРКМБЭГКЗРУЦВХЕИСТЛВКЛЩЮГ -
 ГКПУВГЛДТСЯКШВЫЛЯБЖСНАУХСРКЛМ
 ВЗГЛПОАЫФЭХЬМВКЛНМЧКЛРТКСВХЕИВ
 ЛКТЧКЛХДБРНКАСВИДЗГВКЛТКШВЕСНА
 ИСКНУХНАСНИВПЕИТХДБЮЖЪЛЩГОШЛО
 ГРИНПМАЕКСВЦФПКМИНОРТЛЗЮХТЭРНМ --
 УНГШЗДЛХОБРМПСКВФАУМСНКТИЛДЗХБ
 ТКВУЗНАЛИДИМРАНКВДШБТСВФХБЭКЛА
 ИСШОВХКОЛБААНОВСПЛИШРАЛГОСТДИБК
 ПВСБГЛКРПРИКОВЛТМНУДХБСРЛГДКУФ -
 СТМЛНОЛКСВХЕМВАИМСКАЛДГТЕВДХДБ
 ЛКРПРИКОВЛТМНУДХБСХСРКЛМВЗГЛПО

Одной чертой «-» отмечены деления по 5 строк, двумя «--» - по 10 строк.
 Всего — 36 строк. В каждой строке — 30 символов.
 Всего — 1080 символов.

© vsetesti.ru

8	7	3	5	2	9	7	5	2	1	1	6	7	5	4	1	2	2	9	7	6	9	0	3	4	3	5	4	2	6
1	1	4	1	6	4	8	9	8	2	4	0	5	3	2	7	5	2	1	9	5	5	0	2	5	2	2	8	6	3
5	5	2	2	4	7	2	9	2	6	6	5	4	7	3	3	0	4	2	2	3	5	0	1	1	9	5	2	8	8
6	6	0	5	5	2	8	7	3	2	2	7	0	6	2	6	9	0	5	3	6	1	9	8	2	2	4	4	4	0
1	9	5	2	2	7	6	4	4	5	9	9	5	0	8	8	7	2	8	6	3	1	9	0	3	8	2	2	7	9
5	1	2	8	8	7	5	7	5	6	8	7	3	5	7	2	6	8	9	6	4	2	2	1	0	8	6	6	4	5
2	2	1	9	8	6	7	6	5	5	4	2	8	7	6	8	6	4	7	2	2	1	9	3	3	8	4	5	2	1
1	6	7	9	4	4	2	2	8	3	3	7	7	2	6	6	7	2	3	3	0	9	4	2	9	9	0	6	6	1
3	5	5	7	8	4	4	2	2	6	7	3	9	8	1	4	8	7	6	5	4	2	1	3	9	8	7	6	3	6
5	5	2	2	7	9	8	3	3	1	5	6	6	3	3	9	8	7	9	8	8	5	6	4	7	2	1	3	0	0
9	8	2	1	4	4	6	5	3	0	0	9	8	2	1	4	4	6	5	0	1	6	9	8	3	5	5	4	4	1
2	5	4	7	8	8	3	0	6	1	2	7	5	8	9	6	2	2	7	8	3	4	5	9	8	2	7	5	6	5
2	1	1	9	8	3	6	3	5	4	4	3	7	7	6	2	1	1	2	3	6	5	7	8	5	9	9	5	1	8
7	6	4	5	2	9	8	3	0	0	5	2	2	1	9	7	7	4	1	7	4	1	7	6	6	0	3	3	9	8
4	7	6	2	1	2	2	6	3	0	7	7	9	4	5	6	9	6	7	5	2	3	2	7	8	1	0	3	7	0
1	6	2	5	4	6	7	9	8	2	1	4	3	0	0	8	3	3	5	4	7	2	2	9	7	6	6	5	1	0
1	4	2	5	5	2	5	7	7	0	9	9	3	3	4	5	6	2	1	1	6	8	7	4	6	3	6	3	7	8
2	1	0	1	9	8	7	6	5	2	9	3	1	0	0	8	7	4	4	1	3	8	9	8	4	1	1	0	8	8
7	4	3	8	7	3	5	2	9	7	5	2	1	1	6	7	5	4	1	2	2	9	7	6	9	0	3	3	4	3
3	5	4	2	6	4	1	6	4	8	9	8	2	4	0	5	3	2	7	5	2	1	9	5	5	0	2	5	2	2
8	6	3	5	5	2	2	4	7	2	9	2	6	6	5	4	7	3	3	0	4	2	2	3	5	0	1	1	9	5
2	8	8	6	6	0	5	5	2	8	7	3	2	2	7	0	6	2	6	9	0	5	3	6	1	9	8	2	2	4
4	0	1	9	5	2	2	7	6	4	4	5	9	9	5	0	8	8	7	2	8	6	3	1	9	0	3	8	2	2
7	9	5	1	2	8	8	7	5	7	5	6	8	7	3	5	7	6	8	9	6	4	2	2	1	0	8	8	6	4
5	2	2	1	9	8	6	7	6	5	5	4	2	2	8	7	6	8	6	4	7	2	2	1	9	3	3	8	4	5
2	8	1	6	7	9	4	4	2	2	8	3	3	7	7	2	6	6	7	2	3	3	0	9	4	2	9	9	0	6
6	1	3	5	5	7	8	4	4	2	2	6	7	3	9	8	1	4	8	7	6	5	4	2	1	3	9	8	7	6
3	6	5	5	2	2	7	9	8	3	3	1	5	6	6	3	3	9	8	7	9	8	8	5	6	4	7	2	1	1
3	0	0	9	8	2	1	4	4	6	5	3	0	0	8	2	1	4	4	6	5	3	0	1	6	9	8	3	5	5
4	4	1	2	5	4	7	8	8	3	0	6	1	2	7	5	8	9	6	2	2	7	8	3	4	5	9	8	2	7
5	6	5	2	1	1	9	8	3	6	3	5	4	4	3	7	7	6	2	1	1	2	3	6	5	7	8	5	9	9
5	1	8	7	6	4	5	2	9	8	3	0	0	5	2	2	1	9	7	7	4	1	7	4	1	7	6	6	0	3
3	9	8	4	7	6	2	1	2	2	6	3	0	7	7	9	4	5	6	9	6	7	5	2	3	7	8	1	0	0
3	7	0	1	6	2	5	4	6	7	9	8	2	1	4	3	0	0	8	3	5	4	7	2	2	9	7	6	6	5
1	4	0	1	4	2	5	5	2	5	7	0	9	9	3	3	4	5	6	2	1	1	6	8	7	4	6	3	6	5
3	7	8	2	1	0	1	9	8	7	6	5	2	9	3	1	0	0	8	7	4	4	1	3	8	9	8	4	1	1

Одной чертой «-» отмечены деления по 5 строк, двумя «--» - по 10 строк.
 Всего — 36 строк. В каждой строке — 30 символов.
 Всего — 1080 символов.

© vsetesti.ru

6. КОРЕКТУРНА ПРОБА А. Г. ІВАНОВА-СМОЛЕНСЬКОГО

Коректурна проба А. Г. Іванова-Смоленського використовується задля вивчення працездатності, перемикання функції уваги по коректурних таблицях. Оцінка перемикання уваги, працездатність, продуктивність визначається по дев'ятибальній системі.

Проглядаючи буквену таблицю, людина повинна підкреслювати букву подвійні комбінації букв. Пацієнт працює протягом 8 хвилин максимально швидко і уважно. Через 4 хвилини після початку роботи фахівець говорить слово «межа». Обстежуваний повинен зупинити роботу і поставити вертикальну рису. Коли закінчується 8 хвилин, експериментатор вимовляє: «межа – кінець роботи», обстежуваний повинен поставити вертикальну межу.

Оцінка уваги, перемикання уваги, працездатності проводиться в балах продуктивності по дев'ятибальній системі. Для цього: а) підраховується загальне число проглянутих знаків (букв). б) лічиться кількість помилок (пропущених, або неправильно викреслених, або неправильно підкреслених букв). Кожна така помилка складає 20 очок. Кожен пропущений рядок – 60 очок.

<u>Продуктивність</u>	<u>Кількість правильно відмічених букв</u>	<u>Бали</u>
<i>низька</i>	<u>1000 – 1200</u>	<u>1</u>
	<u>1201 – 1350</u>	<u>3</u>
	<u>1351 – 1500</u>	<u>4</u>
<i>задовільна</i>	<u>1501 – 1700</u>	<u>5</u>
	<u>1701 – 1850</u>	<u>6</u>
	<u>1851 – 2000</u>	<u>7</u>
<i>висока</i>	<u>2001 – 2050</u>	<u>8</u>
	<u>більше 2150</u>	<u>9</u>

Результати, отримані у обстеженні, потрібно занести в таблицю протоколу і зробити висновок згідно контрольних завдань. Оцінити основні типологічні властивості збудження і гальмування – їх силу, врівноваженість і рухливість.

Бланк коректурної проби А. Г. Іванова-Смоленського

СХАВСХЕВИХНАИСНХВХВКСНАИСВХВХЕНАНСНЕВХАК
ВНХИВСНАВСАВСНАЕКЕАХВКЕСВСНАИСАИСНАЕХНВК
НХИСХВХЕКВХИВХЕИСНЕИНАИЕНКХКІКХЕКВКІСВХИ
ХАКХНСКАИСВЕКВХНАНСНХЕКХИСНАКСКВХКВНАВСН
НСНАИХАЕХКІСНАИКХЕХЕИСНАХКЕКХВНСНАИХВІКХ
СНАИСВНКХВАИСНАХЕКЕХСНАКСВЕЕВЕАИСНАСНКІВ
КХКЕКНВІСНКХВЕХСНАИСКЕСІКНАЕСНКХКВІХКАКС
АИСНАЕХКВЕНВХКЕАИСНКАІКНВЕВНКВХАВЕІВІСНА
КАХВЕНВНАХІЕНАІКВІЕАКЕІВАКСВЕІКІАВАХЕСВ
НКЕСНКСВХІЕСВХКНКСКВЕВКНІЕСАВІЕХЕВНАІЕН
КЕІВКАІСНАСНАИСХАКВННАКСХАІЕНАСНАИСВКХЕВ
ЕВХКХСНЕИСНАИСНКВКХВЕКЕВКВНАИСНАИСНКЕВКХ
АВСНАХКАСЕСНАИСЕСХКВАІСНАСАВКХСНЕИСХІХЕК
ВІКВЕНАІЕНЕКХАВІХНВІХКХЕХНВІСНВСАЕХІСНАІ
НКЕХВІВНАЕІСНВІАЕВАЕНХВХВІСНАЕІЕКАІВЕКЕХ
КЕІСНЕСАЕІХВКЕВЕІСНАЕАІСНКВЕХІКХНКЕАІСНА
САКАЕХХЕВСКХЕКХНАІСНКВЕВЕСНАІСЕКХЕКНАІСН
ІСНЕІСНВІЕХКВХЕІВНАКІСХАІЕВКЕВКІЕХЕІСНАІ
ВХВКСІСНАІАІЕНАКСХКІВХНІКІСНАІВЕСНАКНЕС
СНАІКВЕХКВКЕСВКСНХІАСНАКСХКХВХЕАЕСКСЕАІК
ІСНАЕХКЕХКЕІХНВХАКЕІСНАІКХВСХНВІЕХАЕСВЕ
СНАІСАКВСНХАЕСХАІСНАЕНКІСХКЕХВХВЕКНЕІЕНА
ЕКХЕКНАІВКВКХЕХІСНАМХКАХЕНАІЕНІКВКСНСНАІ
ЕХВКВІЕХАНЕХЕКВСНЕІСНВНЕВІСНАЕАХНХКСНАХС
ІСНАІЕІНЕВІСНАНВВХСІСВАІЕВХЕІХСКЕІЕХКІЕ
КЕВХВАЕСНАСНКІСХЕАЕХКВЕХЕАІСНАСВАІСЕВЕКЕ
ХВЕКХСІКІСЕХАЕКСНАІІЕХСЕХСНАІСВНЕКХСНАІС
АВЕНАХІАКХВЕІВЕАІКВАВІХНАХКСВХЕХІВХАІСКА
ВНСІЕАХСНАНАЕСНВКСНХАЕВІКАІКІКНАВСНЕКВХК
СНАЕСВКХЕКСНАКСХВХКВСНХКСВЕХКАСНАІСКСХКЕ
НАНСНХАВКЕВКХЕІІСНАІНХАСНЕХКСХЕВКХЕІХНАІ
КЕВХСНВІХНКВХЕКНСІЕНХАІВЕНАІХНХКВХЕНАНСН
ВКЕВХАІСХАХКВНВАІЕНСХВКХЕАІСНАВХСВКАХСНА
КІСНКЕКНСВАІСВАЕХСХВАІСНАЕКХЕКАІВНАВЕКВЕ
АЕНКАІСХАІСНХІСВКВСЕКХВЕКІСНАІСНАІСКВЕСВ
ІСКАІКВКНВХСКВНАІЕНІСНАІХАВКНВЕХВАНКІЕХ

ПИТАННЯ БАЗОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Що вивчає медична психологія?
2. Які основні методи психології?
3. Яку будову має нервова система людини?
4. Характеристика нервових процесів.
5. Які основні принципи діяльності нервової системи?
6. Структура якостей нервової системи.
7. Дайте характеристику пізнавальних процесів.
8. Характеристика сприйняття та відчуття.
9. Характеристика уваги та пам'яті.
10. Характеристика мислення.
11. Що таке свідоме і підсвідоме?
12. Назвіть принципи рефлексорної діяльності?
13. Що таке аналізатор та які його властивості?
14. Що таке перша і друга сигнальна система?
15. В чому суть інтегративної функції нервової системи?
16. В чому полягає координаційна функція центральної нервової системи?
17. В чому різниця між термінами «людина», «індивід», «особа», «особистість»?
18. Охарактеризуйте основні теорії особистості.
19. Які індивідуально-психологічні якості людини ви знаєте?
20. Що таке характер? Акцентуація характеру.
21. Дайте характеристику поняттю «темперамент». Акцентуація темпераменту.
22. Характеристика емоційно-вольової сфери.
23. Що таке стрес, дістрес? Шляхи подолання стресу.

24. Який вплив тривоги та страху на життєдіяльність людини?
25. Які є методи дослідження особистості?
26. Чим керуються при виборі методу та методик дослідження?
27. Що вивчає психологія індивідуальних відмінностей?
28. Які основні вікові кризи людини?
29. Які основні методи психотерапії та психокорекції?
30. Які теорії розвитку людини ви можете назвати?
31. Чим характеризується самооцінка особистості?

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Що вивчає медична психологія?
 - А – патопсихологію, нейропсихологію;
 - В – нейропсихологію, соматопсихологію;
 - С – соматопсихологію, нейропсихологію, патопсихологію.
2. Які методи системного дослідження психологічних закономірностей?
 - А – фізіологічні, психологічні, статистичні;
 - В – психологічні, фізіологічні;
 - С – статистичні, психологічні.
3. Які основні психологічні методи дослідження?
 - А – спостереження, опитування, тести, експеримент;
 - В – опитування, тести;
 - С – експеримент, спостереження.
4. Які основні методи психології?
 - А – метод прямого спостереження;
 - В – метод спостереження, яке керується;
 - С – метод прямого спостереження та спостереження, яке керується.
5. Визначте методи психологічної діагностики?
 - А – методи визначення здібностей, проєктивні методи, опитувальники;
 - В – методи визначення здібностей, опитувальники;
 - С – проєктивні методи.
6. Діяльність нервової системи, за висловом І. П. Павлова, характеризується процесами:
 - А – збудження;
 - В – гальмування;
 - С – збудження і гальмування.
7. Психіка здійснює функції
 - А – орієнтування;
 - В – орієнтування, регулювання діяльності людини;
 - С – орієнтування, регулювання діяльності та поведінки людини.
8. Психічні явища поділяються на:
 - А – психічні процеси, психічні стани;
 - В – психічні процеси, психічні якості особистості;

С – психічні процеси, психічні стани, психічні якості особистості.

9. Психічні процеси поділяються на:

А – пізнавальні, межові;

В – пізнавальні, вольові, емоційні, межові;

С – пізнавальні, вольові.

10. Межові психічні стани класифікуються на:

А – психопатії, акцентуації характеру;

В – психопатії, акцентуації характеру, неврози, стани затримки психічного розвитку;

С – психопатії, акцентуації характеру, неврози, затримки психічного розвитку.

11. До психічних якостей особистості відносять:

А – темперамент, характер, здібності;

В – спрямованість особистості(потреби, ідеали, світосприйняття, інтерес);

С – темперамент, характер, здібності, спрямованість особистості.

12. Які рівні психічної діяльності людини ви знаєте?

А – свідомий, підсвідомий, несвідомий;

В – підсвідомий, несвідомий;

С – свідомий, підсвідомий.

13. Тип нервової системи характеризується властивостями:

А – силою, врівноваженістю, рухливістю;

В – врівноваженістю, силою;

С – рухливістю, силою.

14. У людини вища нервова діяльність поділяється на:

А – мислену, художню, середню (змішану);

В – мислену, художню;

С – художню, мислену.

15. Які властивості уваги ви знаєте?

А – стійкість, переключення, направленість, широта;

В – переключення, направленість, широта;

С – стійкість, переключення, направленість.

16. Сприйняття класифікуються за модальністю на

А – зорові, слухові, дотикові;

В – зорові, слухові, дотикові, сприйняття часу, сприйняття простору;

С – сприйняття часу, сприйняття простору.

17. Які загальні закономірності сприйняття?
А – осмисленість та узагальнення, предметність, цілісність, структурність, виняткова направленість, апперцепція, константність;
В – предметність, цілісність, структурність, вибіркова направленість;
С – вибіркова направленість, апперцепція, константність, осмисленість та узагальнення.
18. Які механізми сприйняття людиною людини ви знаєте?
А – ідентифікація, рефлексія, стереотипізація, установка, казуальна атрибуція;
В – стереотипізація, установка, казуальна атрибуція;
С – рефлексія, стереотипізація, установка, казуальна атрибуція.
19. Які є аспекти комунікації?
А – комунікативний і перцептивний;
В – перцептивний і інтерактивний;
С – перцептивний, інтерактивний, комунікативний.
20. Як класифікується мислення?
А – діяльність мислення, форми мислення, види мислення;
В – операції мислення, форми мислення, види мислення, діяльність мислення;
С – форми мислення, види мислення.
21. Які фізіологічні процеси відповідають процесам пам'яті?
А – відображення, зберігання, відтворення, забування;
В – відображення, зберігання, відтворення;
С – відображення, зберігання, забування.
22. Які системи пам'яті ви знаєте?
А – сенсорна;
В – короткотермінова, оперативна, довготермінова, сенсорна;
С – короткотермінова, оперативна, довготермінова.
23. Які форми емоцій ви знаєте?
А – позитивні, негативні, стенічні, астенічні;
В - негативні, стенічні, астенічні;
С - позитивні, негативні, стенічні.
24. Функцією якої сфери півкуль пов'язані емоції?
А – правої;
В – лівої;
С – правої та лівої.

25. Які конфліктні емоційні прояви ви можете визначити?
А – стрес, афект, фрустрація;
В – афект, фрустрація;
С – фрустрація.
26. Які етапи в розвитку стану стресу виділів Сел'є?
А – тривога, опір;
В – тривога, опору, виснаження;
С – виснаження.
27. Які види почуття ви можете зазначити?
А – праксису;
В – моральні, естетичні;
С – інтелектуальні, моральні, естетичні, праксису.
28. Які типи прийняття рішення?
А – імпульсивні рішення;
В – рішення з ризиком, інертні, рішення з ризиком;
С – врівноважені, обережні, інертні, рішення з ризиком, імпульсивні.
29. Які фактори мають вплив на прийняття рішення?
А – дефіцит часу, значущість події, тип вищої нервової системи особливості взаємодії сигнальних систем;
В – дефіцит часу, значущість події, тип вищої нервової системи;
С – тип вищої нервової системи, особливості взаємодії сигнальних систем.
30. Які фактори мають вплив на прийняття рішення?
А – настороженість;
В – імпульсивність;
С – метушливість.
31. До стійких психічних станів особистості відносять:
А – оптимальні та кризові стани, межові стани, психічні стани порушеної свідомості;
В – межові стани, психічні стани порушеної свідомості;
С – оптимальні та кризові стани, межові стани.
32. Які складові особистої безпеки?
А – передбачити;
В – запобігти, за необхідності вірно діяти;
С – передбачити, запобігти, за необхідності вірно діяти;

33. Термін «гіпноз» вперше застосував:
А – Бред Дж.;
В – Бехтерев В. М.;
С – Павлов І. П..
34. Теорію установки розробляли
А – Сеченов І. М.;
В – Узнадзе Д. Н.;
С – Павлов І. П..
35. Вищі мовні реакції можуть бути:
А – загально конкретні;
В – індивідуально конкретні;
С – абстрактні, індивідуально конкретні, загально конкретні.
36. За якістю відповідей мовні реакції можуть бути:
А – низщі реакції;
В – вищі мовні реакції;
С – атактичні мовні реакції, вищі мовні реакції, низщі (примітивні, словесні) реакції.
37. Потреби людини можуть бути:
А – біологічні, духовні, матеріальні;
В – матеріальні, біологічні;
С – духовні.
38. Класифікація мотивів буває:
А – реалістична, патологічна, захисна;
В – реалістична, захисна;
С – патологічна, захисна.
39. Самосвідомість особистості
А – образ «Я»;
В – самооцінка, локус-контроль, образ «Я»;
С – самооцінка, локус-контроль.
40. Айзенк розглядає структуру особистості як складову факторів:
А – екстраверсія-інтроверсія;
В – нейротизм, екстраверсія-інтроверсія, психотизм;
С – психотизм, нейротизм.
41. Яка класифікація девіантної (деструктивної) поведінки?
А – антисоціальна, суїцидальна, конформістська, нарцисична, фанатична, аутистична, аддиктивна;

В – суїцидальна, конформістська, нарцистична, фанатична, аутистична, аддиктивна;

С – нарцистична, фанатична, аутистична, аддиктивна.

42. Які вікові кризи ви знаєте?

А – дитячого віку, дорослого віку, похилого віку;

В – дорослого віку, похилого віку;

С – похилого віку.

43. Які теорії розвитку ви знаєте?

А – когнітивного розвитку (Піаже), морального розвитку (Колберг), психосексуального розвитку (Фройд);

В – морального розвитку (Колберга), психосексуального розвитку (Фройд);

С – когнітивного розвитку (Піаже), морального розвитку (Колберг).

44. Яка сучасна проблематика психології особистості

А – структури, динаміки і розвитку особистості; проблема аномальної особистості;

В – проблематика базальної особистості; проблема свідомої та несвідомої діяльності;

С – проблематика адаптаційних механізмів, структури, динаміки і розвитку особистості; проблема аномальної особистості; проблема свідомої та несвідомої діяльності.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ В ЗАГАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ – СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ

Загальні чинники необхідності застосування психотерапії у загальносоматичній практиці

Значна частина хворих на хронічні соматичні захворювання потребують корекції психоемоційного стану.

При цьому не викликає сумнівів те, що саме психотерапія, як метод неінвазивного втручання, що майже не має протипоказань і не дає побічної дії при сполученні з фармакотерапією соматичної патології, є найприйнятнішим та найефективнішим засобом такої корекції.

Разом з тим, за своїм змістом, призначенням, роллю в лікувальному процесі психотерапія в соматичній клініці суттєво відрізняється від такої в клініці неврозів.

Якщо велика, або спеціальна психотерапія є справою фахівців-психотерапевтів, потребує спеціальної підготовки лікаря, спеціальних умов, має чітке коло показань і протипоказань, що обмежує її застосування, то галузь малої, або загальної психотерапії по суті є безмежною і повинна входити в якість обов'язкового елемента до арсеналу знань та навичок кожного лікаря.

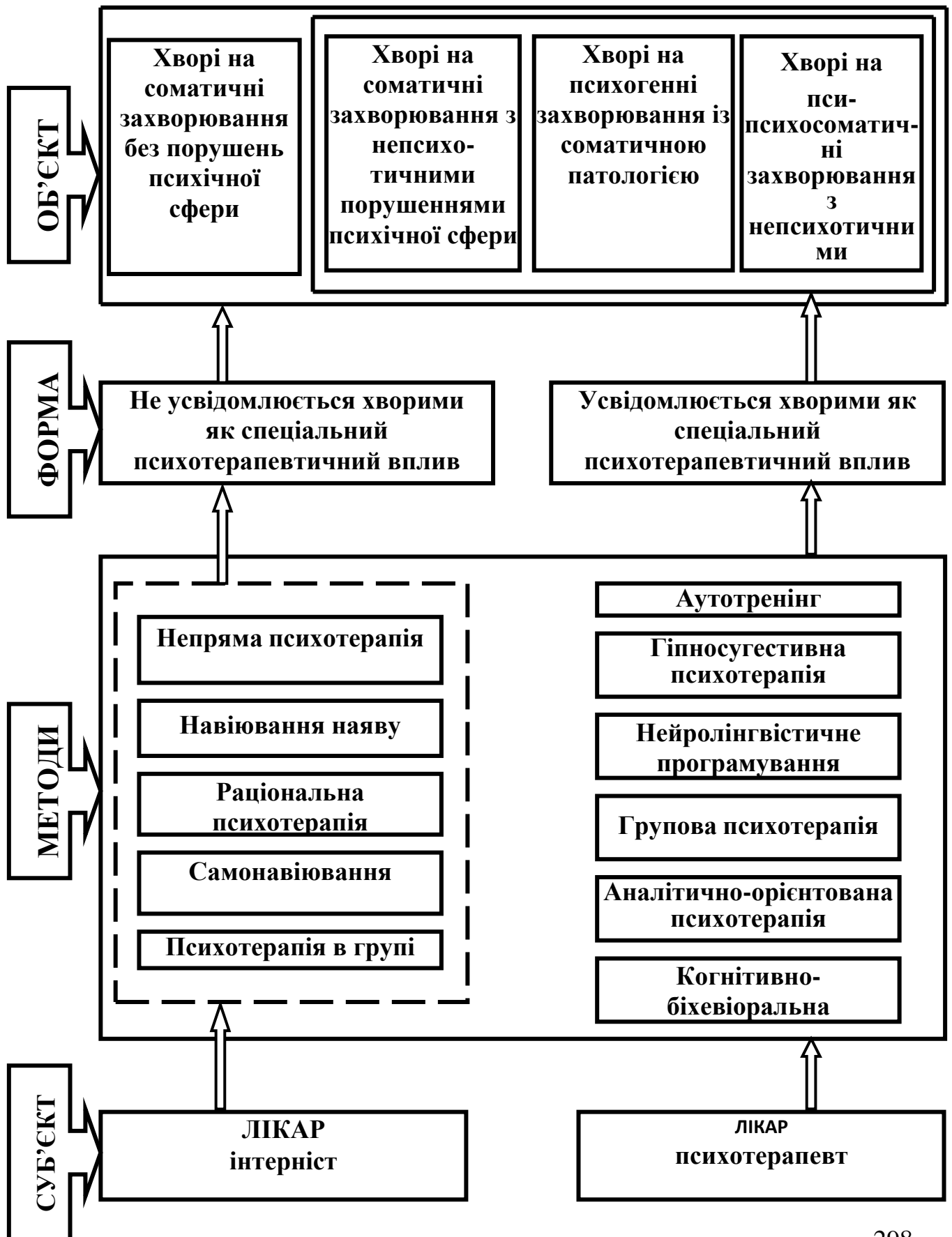
До основних особливостей психотерапевтичного процесу в лікуванні хворих на соматичні захворювання слід віднести перш за все наявність двох **суб'єктів психотерапії**: лікаря-психотерапевта, як виконавця великої психотерапії, і лікаря-інтерніста, виконавця малої психотерапії.

Об'єкт психотерапії в загально соматичній мережі також не є однорідним. З точки зору потреби в психотерапевтичній корекції всіх пацієнтів із соматичною патологією можна розділити на чотири групи:

- 1). Хворі на психосоматичні захворювання із непсихотичними порушеннями психіки і без них;
- 2). Хворі на психогенні захворювання із соматичною патологією;

БЛОК – СХЕМА

особливостей психотерапевтичного процесу
в лікуванні хворих на соматичні захворювання



3). Хворі на соматичні захворювання з непсихотичними порушеннями психіки;

4). Хворі на соматичні захворювання без порушень психіки.

Психотерапевтичної корекції на патогенетичному і симптоматичному рівнях, більшість пацієнтів четвертої групи, хоча і не виявляють клінічно окреслених розладів психіки, потребують корекції відношення до соматичного страждання, лікування, корекції психологічного статусу.

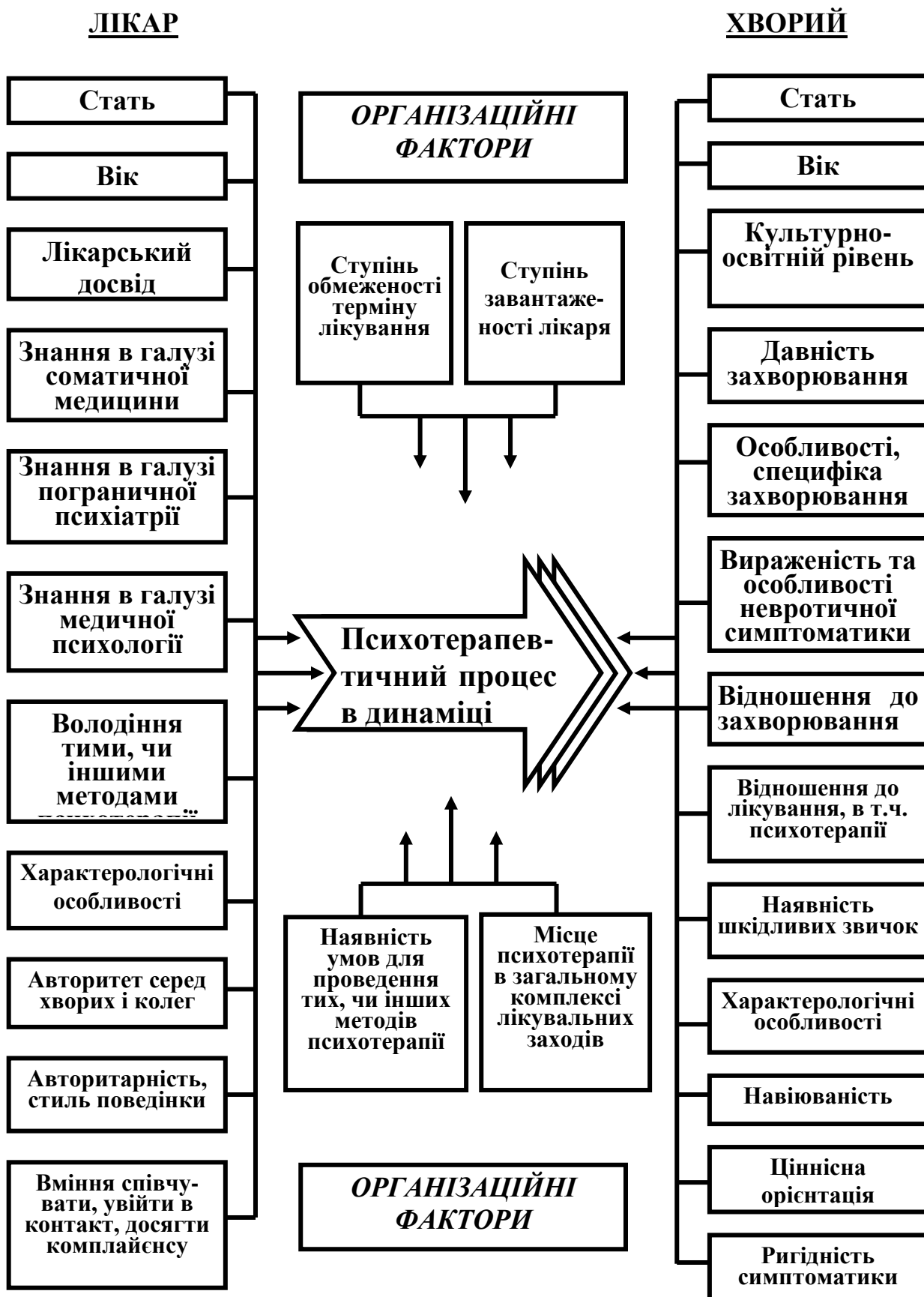
При цьому лікар-інтерніст може використовувати такі **методи психотерапії**, як раціональна, непряма, навіювання наяву та самонавіювання, психотерапія в групі, а лікар-психотерапевт, окрім цього – аутотренінг, нейролінгвістичне програмування, методи гіпносугестивної, групової, аналітично-орієнтованої, когнітивно-біхевіоральної психотерапії тощо.

Головною ж відмінністю малої та великої психотерапії є **форма психотерапевтичного впливу**, який у виконанні лікаря-інтерніста, на відміну від дій лікаря-психотерапевта, не сприймається пацієнтами як психотерапія, а носить в уявленні хворих характер бесід, рекомендацій, спілкування, і таким чином обходить природній бар'єр критики інформації, що надходить зовні, реалізується більшою мірою через сферу підсвідомості.

Взагалі за своїм змістом, зовнішніми проявами, тривалістю та методикою побудови психотерапія в соматичній клініці не є абсолютно однорідною і, як всякий складний, багатофакторно детермінований, динамічний процес, залежить від багатьох чинників, серед яких можна виділити принаймні три основні групи.

БЛОК-СХЕМА

багатофакторної детермінації психотерапевтичного процесу
в соматичній клініці



По-перше, це **фактори, що залежать від лікаря**: демографічні (вік, стать), професійні (лікарський досвід, знання в галузі соматичної медицини, пограничної психіатрії, медичної психології, володіння тими, чи іншими методами психотерапії), особистісні (характерологічні особливості, ступінь авторитарності, стиль поведінки, вміння співчувати, увійти в контакт, досягти комплайенсу, тощо).

По-друге – **фактори, пов'язані з пацієнтом**: демографічні (вік, стать), соціальні (культурно-освітній рівень, ціннісна орієнтація), особливості соматичного страждання (давність, важкість, специфіка), особливості, ступінь виразності та ригідність невротичної симптоматики, особливості відношення до захворювання, лікування і, зокрема, психотерапії, характерологічні особливості, ступінь навіюваності, наявність шкідливих звичок.

По-третє – **організаційні фактори**: ступінь обмеженості терміну лікування та завантаження лікаря, наявність умов для застосування тих, чи інших методів психотерапії та її місце в загальному комплексі лікувальних заходів.

Саме взаємовплив та комбінації цих факторів визначають тривалість курсу психотерапії, використання тих, чи інших методів, поєднання їх в одному сеансі, саму кількість та послідовність занять тощо.

В структурі психотерапії в соматичній клініці, можна виділити три напрямлення із своїми конкретними цілями.

СТРУКТУРА

дерева цілей та ефективності психотерапії

хворих на соматичні захворювання

НАПРАВЛЕННЯ <i>(цілі впливу)</i>		ЕФЕКТИВНІСТЬ <i>(очікувані результати)</i>
1	2	3
<i>Лікувально-потенціююче</i>	<i>--I--</i>	<i>Медико-біологічна</i>
Ліквідація гострої невротичної симптоматики	---1---	Досягнення позитивних зрушень в психоемоційному стані хворих
Потенціювання дії інших лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і плацебо), формування позитивного ставлення до них	---2---	Посилення ефективності лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і досягнення плацебо-ефекту)
Дезактуалізація побоювань побічної дії медикаментів, інших лікувальних процедур	---3---	Підвищення ефективності дії лікувальних засобів за рахунок більш ретельного і повного виконання пацієнтом призначень лікаря
Боротьба з переоцінкою окремих результатів досліджень під час обстеження та лікування	---4---	Досягнення більш повного обстеження та адекватного лікування пацієнтів
<i>Психокорекційне</i>	<i>--II--</i>	<i>Медико-психологічна</i>
Реалізація принципу «стерильності слів та дій» (профілактика ятрогеній)	---5---	Запобігання виникненню ятрогеній
Корекція установки на лікаря, формування необхідного психологічного контакту в системі «лікар-пацієнт»	---6---	Створення ефекту «віри в лікаря», оптимального психологічного контакту хворого з лікарем
Корекція установки на лікування, формування «справжнього бажаннявилікуватися», позитивної лікувальної перспективи	---7---	Активна позиція та високий рівень мотивації хворого щодо лікування, впевненість у позитивному результаті лікування

1	2	3
Корекція сприйняття захворювання, «внутрішньої картини хвороби»	---8---	Нормалізація розуміння здоров'я і захворювання, формування адекватного відношення до хвороби
<i>Соціально-адаптує</i>	<i>--III--</i>	<i>Медико-соціальна</i>
Навчання хворих основам адаптації в макро- та мікросоціальному середовищі, що оточує їх	---9---	Покращення адаптації хворих в макро- та мікросоціальному середовищі
Підготовка пацієнтів до співіснування з окремими проявами хронічного захворювання	--10--	Усвідомлення необхідності деяких корисних обмежень, дотримання режиму праці та відпочинку тощо
Перебудова системи цінностей пацієнтів в напрямку пониження соціальної значущості захворювання	--11--	Розширення соціального спектру цінностей та інтересів пацієнтів, зменшення негативного впливу захворювання на їхній соціальний статус
Формування потреби в здоровому способі життя, збереженні власного здоров'я та досягненні активного довголіття	--12--	Зміна способу життя в необхідному напрямку, активна позиція щодо збереження власного здоров'я та досягнення активного довголіття

I. Лікувально-потенціюючий напрямок:

- 1) ліквідація гострої невротичної симптоматики;
- 2) потенціювання дії інших лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і плацебо), формування позитивного ставлення до них;
- 3) дезактуалізація побоювань побічної дії медикаментів, інших лікувальних процедур;
- 4) боротьба з переоцінкою окремих результатів досліджень під час обстеження та лікування.

II. Психокорекційний напрямок:

- 5) реалізація принципу «стерильності слів та дій» (профілактика ятрогеній);

6) корекція установки на лікаря, формування необхідного психологічного контакту в системі «лікар – пацієнт»;

7) корекція установки на лікування, формування «справжнього бажання вилікуватися», позитивної лікувальної перспективи;

8) корекція сприйняття захворювання, «внутрішньої картини хвороби».

III. Соціально-адаптуючий напрямок:

9) навчання хворих основам адаптації в макро- та мікросоціальному середовищі, що оточує їх;

10) підготовка пацієнтів до співіснування з окремими проявами хронічного захворювання;

11) перебудова системи цінностей пацієнтів в напрямку пониження соціальної значущості захворювання;

12) формування потреби в здоровому способі життя, збереженні власного здоров'я та досягненні активного довголіття.

Відповідно структурі напрямку психотерапевтичного впливу можна виділити три основні види його ефективності з конкретними результатами:

I. Медико-біологічна:

1) досягнення позитивних зрушень в психоемоційному стані хворих;

2) посилення ефективності лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і досягнення плацебо-ефекту);

3) підвищення ефективності дії лікувальних засобів за рахунок більш ретельного і повного виконання пацієнтом призначень лікаря;

4) досягнення більш повного обстеження і адекватного лікування пацієнтів.

II. Медико-психологічна:

5) запобігання виникнення ятрогеній;

6) створення ефекту «віри в лікаря», оптимального психологічного контакту хворого з лікарем;

7) досягнення активної позиції та високого рівня мотивації хворого щодо лікування, впевненості у позитивному результаті лікування;

8) нормалізація розуміння здоров'я і захворювання, формування адекватного відношення до хвороби.

III. Медико-соціальна:

9) покращення адаптації хворих в макро- та мікросоціальному середовищі;

10) усвідомлення пацієнтами необхідності деяких корисних обмежень, дотримання режиму праці та відпочинку тощо;

11) розширення соціального спектру цінностей та інтересів пацієнтів, зменшення негативного впливу захворювання на їхній соціальний статус;

12) зміна способу життя в необхідному напрямку, активна позиція щодо збереження власного здоров'я та досягнення активного довголіття.

Принципи побудови системи психотерапії хворих на хронічні соматичні захворювання з непсихотичними формами порушень психічної сфери

На підставі вказаних вище загальних закономірностей психотерапевтичного процесу в соматичні клініці у хворих на хронічні соматичні захворювання, мають бути застосовані основні концептуальні підходи та принципи побудови системи їх психотерапії.

Перш за все, **психотерапевтичний вплив на соматичних хворих повинен бути системним і багаторівневим**, зорієнтованим в трьох основних напрямках, в кожному з яких можна виділити декілька рівней:

Перший напрямок – біологічний, в якому виділяється п'ять рівнів:

1. Організму (найвищий і загальноохватний із біологічного напрямку, що передбачає вплив на весь організм, як тотальну біологічну систему, або систему систем)

2. Функціональних систем (по П. К. Анохіну – сукупність фізіологічних систем, взаємодіючих у виконанні певної роботи, які використовуються в процесі направленого впливу);

3. Фізіологічних систем (системи органів травлення, дихання, кровообігу, сечовиділення, ендокринна та інші, до яких адресується психотерапевтичний вплив);

4. Органів (наприклад, навіювання спокійної роботи серця, або відчуття тепла в області шлунка, нирок тощо);

5. Окремих груп клітин (незважаючи на відому долю умовності цього рівня, дослідження, проведені під керівництвом професора А. Т. Філатова, доказали реальність гіпнотичного впливу на клітини букального епітелію).

Другий напрямок – психологічний (психічний), в якому виділяється три рівні:

1. Особистості (найвищий і тотальний рівень цього напрямку, що передбачає корекцію особистісних установок, системи моральних цінностей тощо);

2. Сфер психіки (сприйняття, емоції, пам'ять, мислення та інші);

3. Окремих властивостей сфер психіки (наприклад, укріплення та потенціювання впевненості, спокою, витримки тощо).

Третій напрямок – соціальний, який також передбачає три рівні:

1. Макросоціальної реадaptaції особистості (відновлення або корекція рольової позиції особистості);

2. Мікросоціальної реадaptaції особистості (відновлення або корекція мікросоціальних рольових позицій в родині та інших мікросоціальних групах);

3. Аутореабілітації.

При побудові системи психотерапії хворих на соматичні захворювання повинні враховуватися особливості організації лікувального процесу в закладі, де передбачається проведення курсової психотерапії (соматичний чи психіатричний стаціонар, поліклініка, профілакторій або курорт), особливості основного захворювання, невротичних розладів і особистісного реагування на захворювання, обтяженість психоанамнезу та відношення хворої людини до психотерапії.

В комплексі психотерапевтичної корекції можуть і **повинні використовуватися методи, що базуються як на навіюванні, так і переконуванні, розтлумачені**: гіпносугестивна, раціональна, колективно-групова, непряма психотерапія, навіювання наяву, самонавіювання, методи психічної саморегуляції та інші, в їх різних модифікаціях, комбінаціях та варіантах.

В процесі психотерапії соматичних хворих, як правило, **комбінуються індивідуальні та групові заняття**. За найпоширенішою методою курс лікування складається із 10 – 12 групових занять, що проводяться 3 – 4 рази на тиждень у відкритих змішаних психотерапевтичних групах по 10 – 12 чоловік, та 4 – 5 індивідуальних сеансів, тривалістю по 55 – 65 хвилин.

При групових заняттях певна увага повинна приділятися індивідуалізації впливу (індивідуальні навіювання, підбір та відпрацювання індивідуальних формул самонавіювання, акцентуїтована увага до особистості кожного

пацієнта, обговорення його проблем в групі, символічний прийом хворого в групу та побажання групи хворому в кінці його лікування і т.п.).

Система психотерапевтичної корекції повинна також **будуватися на основі дидактичного підходу**, який передбачає:

- 1). Етапність впливу;
- 2). Зв'язок кожного послідуєчого заняття з попереднім;
- 3). Доступність (зрозумілість) для хворих інформації;
- 4). Відповідність завдань можливостям хворого;
- 5). Систематичність в оволодінні навичками психічної саморегуляції.

При цьому, в процесі психотерапевтичного впливу нами виділяється **три етапи**:

- 1). Седативно-адаптуєчий;
- 2). Лікувально-коригуєчий;
- 3). Профілактично-закріплюєчий.

Перший (седативно-адаптуєчий) етап, як правило, складається із 1 – 2 індивідуальних та 2 – 3 групових занять.

Основними завданнями його є:

- 1). Встановлення емоційного контакту з хворим;
- 2). Формування довіри до лікаря, адекватного відношення до психотерапії;
- 3). Дезактуалізація гострої невротичної симптоматики.

На цьому етапі, враховуючи наявність у більшості хворих суттєвих проявів астенизації та відсутність певних навичок, методи аутопсихотерапії, як правило, не використовуються.

Основними методами при цьому є: гіпно-сугестивна, раціональна, непряма психотерапія (потенціювання комплексу медикаментозного лікування, фізіотерапії, дієти тощо, а також лікаря-інтерніста, як ключової фігури лікувального процесу).

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – симптоматична.

Другий (лікувально-коригуючий) етап складається із 2 – 3 індивідуальних та 4 – 6 групових занять.

Основними завданнями цього етапу є:

- 1). Досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих;
- 2). Усвідомлення хворими зв'язку чинників і проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості та поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами;
- 3). Корекція масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості;
- 4). Перебудова особистості хворого, системи його відношень, реадптація в макро- та мікросоціальному середовищі.

Основними методами на цьому етапі стають колективно-групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавчання; допоміжними – гіпносугестія, навчання наяву, непряма психотерапія.

Головна спрямованість психотерапії другого етапу – патогенетична.

Третій (профілактично-закріплюючий) етап включає 2 – 3 групові та 1 – 2 індивідуальні заняття.

Основними завданнями його є закріплення:

- 1). Досягнутого терапевтичного результату;
- 2). Навичок психічної саморегуляції;
- 3). Скоригованої системи життєвих цілей, цінностей, відношення до захворювання, свого «Я» та оточуючого середовища.

Психотерапевтична робота з хворими на цьому етапі здійснюється, насамперед, з шляхом доопрацювання навичок психічної саморегуляції, раціональної психотерапії, навчання наяву.

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – профілактична.

Таким чином, основними принципами побудови системи психотерапії хворих на соматичні захворювання повинні бути:

- 1). Системність та багаторівневість впливу.
- 2). Етапність психотерапевтичних заходів, що базується на дидактичному підході.

3). Комплексність, використання декількох методів психотерапії, з послідовною зміною їх ролі в залежності від завдань етапу системи.

4). Диференційоване поєднання та ієрархічність патогенетичної, симптоматичної і профілактичної направленості психотерапевтичних заходів в залежності від клініко-психопатологічних та психоанамнестичних особливостей соматичних хворих, а також особливостей соматичного страждання та особистісного реагування хворих на нього.

5). Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу при переважно груповій формі роботи з хворими.

Структура системи психотерапії хворих на соматичні захворювання

Етапи	Завдання	Спрямованість психотерапії	Методи психотерапії	Кількість та форма
1. Седативно-адаптуєчий	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встановлення емоційного контакту з хворим. 2. Формування довіри до лікаря, адекватного відношення до психотерапії. 3. Дезактуалізація гострої невротичної симптоматики. 	В основному симптоматична, частково патогенетична.	Гіпноусугестивна, раціональна, непряма (потенціювання комплексу фармакотерапії, фізіотерапії, дієти тощо, а також лікаря-інтерніста).	1 – 2 індивідуальних, 2 – 3 групових
2. Лікувально-коригуєчий	<ol style="list-style-type: none"> 1. Досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих. 2. Усвідомлення хворими зв'язку чинників та проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості, поведінки, конфліктів, невирішених емоційних проблем. 3. Корекція масштабу переживання хвороби та її соціальної значущості для хворих. 4. Перебудова особистості хворого, реадaptaція його в макро- та мікросоціальному середовищі. 	В основному патогенетична, частково симптоматична та профілактична.	<p>Основні: групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавіювання.</p> <p>Допоміжні: гіпноусугестія, навіювання наяву, непряма психотерапія.</p>	2 – 3 індивідуальних, 4 – 6 групових
3. Профілактично-закріплюєчий	<p>Закріплення:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Досягнутого терапевтичного результату; 2. Навичок психічної саморегуляції; 3. Скоригованої системи життєвих цілей та цінностей хворого, відношення його до захворювання, свого «Я» та оточуючого середовища. 	В основному профілактична, частково патогенетична.	<p>Загальні: доопрацювання навичок психічної саморегуляції, раціональна психотерапія.</p> <p>Допоміжні: навіювання наяву, гіпноусугестія.</p>	1 – 2 індивідуальних, 2 – 3 групових

ПРОФЕСІЙНА ЕТИКА ПСИХОЛОГА

Реалізація фахівцем психологом в своїй діяльності специфічних етичних вимог, норм поведінки – як у взаєминах з колегами, науковим співтовариством, так і з пацієнтами, респондентами, особами, що звертаються за психологічною допомогою. В першу чергу це – універсальні етичні принципи і норми, значущі для всіх категорій вчених:

- 1) наукова чесність і коректність при зборі експериментальних даних;
- 2) відмова від привласнення чужих ідей і результатів досліджень;
- 3) відмова від поспішних висновків на основі неперевірених даних;
- 4) обстоювання своїх наукових поглядів в будь-якому науковому середовищі, в полеміці з будь-якими авторитетами;
- 5) вчений-психолог при проведенні досліджень не повинен використовувати методи, техніку, процедури, що ущемляють гідність випробовуваних або їх інтереси;
- 6) йому слід строго дотримувати гарантії конфіденційності – не розголошувати повідомлених відомостей;
- 7) йому слід інформувати випробовуваних про мету дослідження, що проводиться. Щоб уникнути свідомого або неусвідомлюваного спотворення відомостей, що даються, потрібно приховати від випробовуваного наукові цілі, про них слід повідомити після закінчення проведеного експерименту.

Якщо дослідження припускає вторгнення психолога у сферу особистих інтересів або інтимних переживань, випробовуваному потрібно надати беззастережну можливість відмовитися від подальшої участі у дослідженні на будь-якому етапі його проведення.

Даючи рекомендації, що ґрунтуються на отриманих результатах, психолог не має моральну рацію зняти з себе відповідальність за наслідки їх впровадження в суспільну практику.

Практична психодіагностика – вельми складна і відповідальна галузь діяльності. Вона вимагає відповідної освіти, майстерність і може серйозно

заціпати долі людей, коли на її базі ставиться медичний або судово-психологічний діагноз, проводиться конкурсний відбір або прийом на роботу. Тому до психодіагноста пред'являється ряд соціально-етичних вимог – принципів психодіагностики.

Серед таких принципів:

1. Принцип дотримання таємниці – припускає не розголошування результатів проведеної діагностики без персональної згоди клієнта. Особливо це стосується повнолітніх. У разі неповнолітніх для розголошування результатів. Потрібна згода батьків або замінюючих їх осіб. Виняток можуть становити випадки, коли психодіагностика проводиться в наукових цілях як частина дослідження експериментального, але і тут не слід указувати в публікаціях точні імена випробовуваних.

2. Принцип обґрунтованості науковою – вимагає від психодіагностичної методики, щоб вона була як мінімум валідною і надійною (валідність; надійність), тобто давала результати, заслуговуючи довіри.

3. Принцип не нанесення збитку – припускає, що результати психодіагностики у жодному випадку не можна використовувати на шкоду клієнтові. Якщо психологічна діагностика проводиться для конкурсного відбору при прийомі на роботу, цей принцип застосовується спільно з принципом відвертості результатів для обстежуваного, що вимагає інформації про те, що і як у нього тестувався, які результати обстеження, ким і як вони використовуватимуться при вирішенні його долі.

4. Принцип об'єктивності висновків – вимагає, щоб всі висновки з результатів тестування були науково обґрунтованими, тобто витікали з результатів тестування, отриманих застосуванням надійних методик, а не залежали від суб'єктивних установок осіб, провідних тестування або що користуються його даними.

5. Принцип ефективності рекомендацій – припускає, що ці рекомендації повинні бути корисними для пацієнта. Забороняється пропонувати ре-

зультати, даремні практично або що можуть привести до небажаних або непередбачуваних наслідків.

Незалежно від того, хто займається психодіагностикою, – професіонал або «самовихованець», при її проведенні обов'язкове дотримання наступних морально-етичних норм:

1) людину не можна піддавати обстеженню всупереч його волі – включаючи особливі випадки з судової і медичної практики, обумовлені законом;

2) перед проведенням тестування клієнта потрібно попередити про те, що в ході дослідження він може мимоволі видати про себе і свої відчуття таку інформацію, яку сам не усвідомлює;

3) будь-яка людина, крім випадків, обумовлених законом, має право знати результати свого тестування або психодіагностики, а також те, ким і як вони можуть використовуватися;

4) результати тестування надаються пацієнтові у формі, доступній для вірного розуміння;

5) при тестуванні неповнолітніх дітей їх батьки або замінюючі особи мають право знати результати тестування;

6) якщо тестування проводиться з метою визначення рівня розвитку пацієнта, або ж в конкурсному відборі або при працевлаштуванні, то пацієнт має право знати не тільки цілі тестування, але і ким і на основі чого робитимуться про нього виводи за підсумками тестування;

7) головна відповідальність за належне практичне застосування тестів лежить на психологах і на лицах, і організаціях, що користуються ними.

У ряді країн з достатньо стабільною суспільно-економічною системою існують державні, оформлені юридично обмеження на розповсюдження і застосування тестів.

Вони містять наступні, як правило, обов'язкові норми:

1) більшість тестів, призначених для відбору професійного і експертизи, заборонена для відкритої публікації в засобах масової інформації – для

запобігання їх застосуванню малокваліфікованими людьми і їх спотворень в практичному застосуванні, пов'язаних з попереднім знайомством з ними;

2) психологи, що застосовують тести і що займаються тестуванням, повинні мати диплом про вищу психологічну освіту або вчений ступінь не нижче за кандидата психологічних наук (тобто відповідною їй), а інші особи, причетні до цієї практики, повинні мати ліцензію на право займатися подібною діяльністю.

ФОРМА ЗГОДИ ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Загальні положення про медико-психологічні втручання

Медико-психологічна допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів додаткового клінічного (лабораторного) психодіагностичного обстеження з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

Психодіагностичне (а саме, експериментально-психологічне) дослідження у межах медико-психологічного проводиться фахівцем медичним психологом (лікарем-психологом або ж практичним психологом в умовах клініки) з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особистості окремих змін у сферах психічної діяльності на тлі захворювання різного походження, потреби в наданні їй подальшої профільної (психіатричної, психотерапевтичної чи психокорекційної, медико-психологічної тощо) допомоги, а також задля вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Медико-психологічна допомога в клінічному закладі надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається профільна медична допомога.

Медико-психологічна допомога надається фахівцем з медичної психології (лікарем-психологом або практичним психологом) на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною (непрацездатною), – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника медико-психологічна допомога (включаючи у межах наукового дослідження) непов-

нолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Заклучення медичного психолога про психодіагностичне (експериментально-психологічне) дослідження пишеться відповідно до загально визнаних стандартів психічної (психологічної) діагностики, які регламентовано використовуються у закладах охорони здоров'я згідно нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України.

Порядок проведення медико-психологічного наукового дослідження, психодіагностичного (експериментально-психологічного) обстеження й застосування методів психотерапевтичного й психологічного впливу не можуть базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи психічної (психологічної) діагностики, дозволені Міністерством охорони здоров'я України, застосовуються лише з діагностичною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Конфіденційність відомостей про стан особи, якій надається медико-психологічна допомога у межах дослідження

Фахівці психологи, інші особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи особливостей психічної діяльності, хвороби, про факти звернення за медичною й медико-психологічною допомогою та лікування у профільному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, **не можуть розголошувати ці відомості, крім наступних випадків:**

1. За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про психічний стан цієї особи та надання їй профільної (психіатричної, психотерапевтичної чи психокорекційної, медико-психологічної тощо) допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на певний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів.

2. Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй профільної (психіатричної, психотерапевтичної чи психокорекційної, медико-психологічної тощо) допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

– організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;

– провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду.

Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй профільної (психіатричної, психотерапевтичної чи психокорекційної, медико-психологічної тощо) допомоги має сама особа чи її законний представник.

Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, психотерапевта, медичного психолога, який надає фахову допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на стан здоров'я, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй медичної й медико-психологічної допомоги.

Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей.

Права осіб, яким надається медико-психологічна допомога

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України.

Особи, яким надається профільна (психіатрична, психотерапевтична чи психокорекційна, медико-психологічна тощо) допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

Особи, яким надається медико-психологічна допомога, мають право на:

- поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;
- отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням медико-психологічної допомоги;
- одержання медико-психологічної, психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;
- відмову від надання профільної допомоги, за винятком випадків надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, передбаченому законом;
- усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування з курсом медико-психологічної реабілітації) за медичними показаннями;
- одержання профільної (психіатричної, психотерапевтичної чи психокорекційної, медико-психологічної тощо) допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
- безпечність надання медико-психологічної допомоги.

Інформація про психічний стан осіб, яким надається медико-психологічна допомога

Медичний психолог зобов'язаний пояснити сутність дослідження особи, якій надається медико-психологічна допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан базових психічних функцій, прогноз й динаміку базових психічних процесів в залежності від стану здоров'я та розвитку захворювання, про застосування методів психодіагностики, можливий ризик та побічні явища, умови, порядок застосування методик й психотехнік, її права та передбачені законодавством можливі обмеження цих прав при наданні медико-психологічної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визначеної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники.

Особа при наданні їй медико-психологічної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з заключенням психодіагностичного обстеження та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй профільної допомоги.

Підпис пацієнта:

Підписуючи цей документ, я підтверджую, що мені розповіли про особливості надання медико-психологічної допомоги у межах цього наукового дослідження. Я повністю прочитав дану форму згоди та обговорив отриману інформацію з фахівцем медичним психологом. Мені були надані вичерпні відповіді на всі запитання, що зацікавили мене. Мій підпис підкреслює, що я добровільно даю згоду на медико-психологічну допомогу (у рамках науково-дослідної роботи) в умовах клінічної медичного закладу охорони здоров'я.

_____	_____	____.____.20__ року
підпис психолога	прізвище, ім'я, по батькові	дата

прізвище, ім'я, по батькові особи, яка дала згоду на дослідження
(друкованими літерами)

Заява фахівця медичного психолога щодо надання медико-психологічної допомоги пацієнту у межах наукового дослідження.

Я підтверджую, що розповів вищевказаному пацієнту про мету і процедури медико-психологічного обстеження в умовах клініки у межах наукового дослідження та відповів на всі запитання пацієнта. Пацієнт підписав цей документ у моїй присутності. Бесіда проводилась в день, вказаний у даній формі згоди.

_____	_____	____.____.20__ року
підпис психолога	прізвище, ім'я, по батькові	дата

прізвище, ім'я, по батькові особи, яка отримала згоду пацієнта
(друкованими літерами)

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аверьянов Л. Я. Контент-анализ / Л. Я. Аверьянов. – М. : КНОРУС, 2009. – 456 с.
2. Акимова М. К. Психологическая диагностика / М. К. Акимова. – СПб. : Питер, 2005. – 304 с.
3. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – К., «Здоровье», 1979. – 124 с.
4. Балабанова Л. М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л. М. Балабанова. – Д. : Сталкер, 1998. – 432.
5. Беляева-Экземплярская С. Н. Об изучении процессов восприятия и оценки времени / С. Н. Беляева-Экземплярская // Вопросы психологии. – 1962. – № 1. – С. 148 – 156.
6. Бехтерев В. М. Объективная психология / В. М. Бехтерев. – М. : Наука, 1991. – 465 с.
7. Бизюк А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие / А. П. Бизюк. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.
8. Блейхер В. М. Расстройства мышления / В. М. Блейхер. – К. : Здоровье, 1983. – 200 с.
9. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология / В. М. Блейхер. – Ташкент : Медицина, 1976. – 326 с.
10. Блейхер В. М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Ростов-на-Дону : «Феникс», 1996. – 448 с.
11. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер, 2002. – 528 с.
12. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика : Учебник для ВУЗов / Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2006. – 351 с.
13. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 512 с.

14. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія / І. С. Вітенко. – К. : Здоров'я, 1994. – 296 с.
15. Гавенко В. Л. Психіатрія і наркологія : учебник для студентів вищих медических навчальних закладів IV рівня акредитації / В. Л. Гавенко (ред.) / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко, В. А. Абрамов, И. И. Влох. – К. : Медицина, 2009. – 488 с.
16. Гринвальд С. Г. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы: клиническо-теоретическое моделирование / С. Г. Гринвальд. – Х. : Око, 2009. – 171 с.
17. Гудвин Д. Исследование в психологии : Методы и планирование / Г. Джеймс. – СПб. : Питер, 2004. – 560 с.
18. Джемс У. Психология / У. Джемс / Под ред. Л. А. Петровской. – М. : Педагогика, 1991. – 368 с.
19. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология : Учебник для ВУЗов. 2-е изд. / В. Н. Дружинин. – СПб. : Питер, 2007. – 320 с.
20. Евсегнеев Р. А. Психіатрія для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. – Мн. : Беларусь, 2001. – 426 с.
21. Зейгарник Б. В. Психология личности : норма и патология : Избранные психологические труды / Под ред. М. Р. Гинзбурга / Б. В. Зейгарник. – 3-е изд., испр. – М. : Издательство Московского психолого-социального института ; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 416 с.
22. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л. : Медицина, 1983. – 312 с.
23. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. Карелин. – М. : Аргумент, 2007. – 416 с.
24. Класифікація психічних і поведінкових розладів : Клінічний опис і вказівки по діагностиці. – 2-е вид. – К. : Сфера, 2005. – 308 с.
25. Клиническая психология : Учебник. 2-е изд. / Под ред. Б. Д. Карварского. – СПб. : Питер, 2008. – 960 с.

26. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У Бауманна. – СПб. : Питер, 2007. – 1312 с.
27. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу. 3-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 912 с.
28. Козідубова В. М. Надання допомоги лікарями загальної практики психічно хворим : Навч.-метод. посіб. / В. М. Козідубова, І. С. Вітенко, Е. М. Баричева, Р. Б. Брагін, С. М. Долуда // Харківська медична академія післядипломної освіти / В. М. Козідубова (ред.), І. С. Вітенко (ред.). – Х. : Прапор, 2004. – 248 с.
29. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-ое международное издание / Р. Комер. – СПб. : прайм-Еврознак, 2005. – 640 с.
30. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер ; пер. с 3-го нем. изд. и предисл. В. Е. Смирнова – М. : Жизнь и знание, 1927. – 349 с.
31. Критерий качества жизни в психиатрической практике : Монография / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др. ; Под. общ. ред. Н. А. Маруты. – Х. : РИФ Арсис, ЛТД, 2004. – 240 с.
32. Кришталь В. В. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – № 1, Т. 1. – С. 3 – 6.
33. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ) / А. Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – С. 102 – 115.
34. Лонгинова С. В. О применении метода «Пиктограммы» для экспериментального исследования мышления психически больных (Методические рекомендации) / С. В. Лонгинова, О. В. Кондрашкова, С. Я. Рубинштейн, А. А. Портнов. – М. : Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР, 1972. – 55 с.

35. Лурия А. Р. Нейропсихологический анализ памяти / А. Р. Лурия // Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов (Тбилиси, 21 – 24 июня 1971 года). – Тбилиси : Издательство «Мецниереба», 1971. – С. 222 – 224.
36. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. – М. : Мир, 1977. – 138 с.
37. Луцик В. Л. Перспективы экспериментально-психосемантического подхода в медицинской психологии / В. Л. Луцик // Вісник Харківського університету. Сер. «Психологія». – 2002. – № 550, Ч. 2. – С. 177 – 181.
38. Любовский П. М. Краткое руководство к опытному душесловию, Сочиненное Петром Любовским Императорскаго Харьковского университета философии магистром и учителем в Слободско-Украинской гимназии / П. М. Любовский. – Х. : Университетская типография, 1815. – 140 с.
39. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М. : «МЕД-пресс», 1998. – 592 с.
40. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х. : Око, 2002. – 768 с.
41. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику : (Психологическое исследование) / В. В. Николаева. – М. : Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
42. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова / К. И. Платонов. – М. : Гос. изд. мед. лит., 1962. – 530 с.
43. Практикум по патопсихологии / Под ред. Зейгарник Б. В., Николаевой В. В., Лебединского В. В. – М. : МГУ, 1987. – 185 с.
44. Психотерапия : Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2007. – 672 с.

45. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
46. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство) / С. Я. Рубинштейн. – М. : Апрель-Пресс, Издательство Института Психотерапии, 2004. – 224 с.
47. Сандберг Н. Клиническая психология. 5-е международ. изд. / Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Дж. Таплин. – СПб. : прайм-Еврознак, 2005. – 384 с.
48. Сикорский И. А. Начатки психологии. Издание второе, дополненное / И. А. Сикорский. – К. : Типография С. В. Кульженко, 1909. – 138 с.
49. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Н. Собчик. – СПб. : Изд-во «Речь», 2005. – 624 с.
50. Стрельцова Н. И. Экскурс психиатра в область психологии. Сообщение 1. Значение психологического исследования в психиатрической практике / Н. И. Стрельцова // Медицинская психология. – 2006. – № 3, Т. 1. – С. 29 – 32.
51. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. – СПб. : Книга света, Рудомино, Университетская книга, 1997. – 576 с.
52. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Третье, стереотипное издание / И. Харди. – Akademiai Kiado, Budapest, 1974. – 286 с.
53. Херсонский Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике / Б. Г. Херсонский. – СПб. : Речь, 2003. – 120 с.
54. Чугунов В. В. Конфликтность в психиатрическом сообществе и пути её урегулирования : Методические указания для студентов и врачей-интернов / Сост. В. В. Чугунов, В. Л. Гавенко. – Х. : ХГМУ, 1997. – 24 с.
55. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. – 2-е изд. стереотипн. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.

56. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз : [Навчальний посібник] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010. – 304 с.
57. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010 – 304 с.
58. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод в психотерапевтической практике / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання), (24 – 25 червня 2010 року, м. Харків, клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»), Х., 2010. – С. 255 – 259.
59. Шестопалова Л. Ф. Психологія лікувального процесу : сучасні проблеми та перспективи досліджень / Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – № 4, Т. 1. – С. 30 – 32.
60. Щёкин Г. Визуальная психодиагностика : познание людей по их внешности и поведению : Учебно-методическое пособие / Г. Щёкин. – 3-е изд., стереотип. – К. : МАУП, 2007. – 616 с.
61. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
62. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – Москва: Речь, 2006. – 352 с.
63. Экспериментально-психологическое исследование в клинике соматических заболеваний : Методические рекомендации / Сост. А. И. Сердюк, Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов. – Х., 1997. – 47 с.
64. Юнг К. Г. Аналитическая психология : теория и практика. Тавистокские лекции / К. Г. Юнг. – СПб. : Изд. дом «Азбука-классика», 2007. – 240 с.
65. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс ; Пер. с нем. Л. О. Акопяна ; ред. д. м. н. В. Ф. Войцеха и к. филос. н. О. Ю. Бойцовой. – М. : Практика, 1997. – 1059 с.