Волинський національний університет імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної психології та психодіагностики

Антоній Мельник,
Людмила Магдисюк

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчально-методичний посібник

Видання друге, змінене та доповнене

Луцьк
Вежа-Друк
2025

УДК 159.97(072)
М 48

Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 1 від 24 вересня 2025 р.)

Рецензенти:

Пастрик Т. В. **–** доктор психологічних наук, доцент, КЗВО «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради;

Гошовський Я. О. **–** доктор психологічних наук, професор кафедри педагогічної та вікової психології Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Мельник А. П.

М 48 Патопсихологія: навч.-метод. посіб. /укладачі: Антоній Петрович Мельник, Людмила Іванівна Магдисюк. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2025. – 360 с.

ISBN 978-966-940-672-9

Посібник до курсу «Патопсихологія» створений з метою сприяння вивченню системи психологічних знань про структуру порушень психічної діяльності особистості та закономірності її розпаду в співставленні з нормою. Основними завданнями курсу «Патопсихологія» є: ознайомлення здобувачів з порушеннями пізнавальної діяльності, патопсихологією особистості; систематизація основних теоретичних понять та категорій дисципліни; розвиток вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку; вивчення питання про співвідношення розвитку і розпаду психіки; навчання діагностичних підходів у патопсихології і психіатрії; засвоєння даних про стан особистості з психічними відхиленнями, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, особистості в цілому.

УДК 159.97(072)

© Мельник А. П., Магдисюк Л. І. (укладання), 2025
© Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2025
© Кречко А. М. (обкладинка), 2025

ISBN 978-966-940-672-9

ЗМІСТ

Передмова 5

РОЗДІЛ І. Розвиток та становлення патопсихології як науки 7
1.1. Патопсихологія як наука та навчальна дисципліна: її предмет і завдання 7
1.2. Історичний розвиток та становлення патопсихології як науки 16
1.3. Загальна характеристика найбільш поширених психічних захворювань 27
1.4. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку особистості 32

РОЗДІЛ ІІ. Патопсихологія гностичної функції психіки: порушення пізнавальних психічних процесів 85
2.1. Розлади відчуттів 85
2.2. Розлади сприймання 86
2.3. Розлади пам’яті 89
2.4. Розлади мислення 93
2.5. Порушення мови та мовлення 99

РОЗДІЛ ІІІ. Порушення емоційно-вольової сфери особистості 110
3.1. Порушення емоцій 110
3.2. Порушення волі 113

РОЗДІЛ ІV. Порушення інтелекту та розумова відсталість 118
4.1. Розлади інтелекту 118
4.2. Деменція 122
4.3. Олігофренія 131
4.4. Шизофренія 136
4.5. Епілепсія 147

РОЗДІЛ V. Методики діагностики психічного здоров'я 161
5.1. Методика ЛОБІ 161
5.2. Опитувальник FPI (Freiburger Personlichkeit Inyentar) (форма В) 176
5.3. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття одинокості Д. Пассела та М. Фергюссон 179
5.4. Методика виявлення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге 181
5.5. Методика «Зірка Гінгера» (проективний метод психодіагностики «внутрішньої картини здоров'я») 184
5.6. Тест «Нервово-психічна адаптація» (НПА) 189
5.7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Жмурова 191
5.8. Методика САН (самопочуття, активність, настрій) 197
5.9. Шкала самоповаги Розенберга 198
5.10. Особистісний профіль кризи 199
5.11. «Піктограма» 203
5.12. Тест «Бачити, відчувати, чути» 205
5.13. Тест Мюнстерберга 207
5.14. Шкала тривожності В. Норакідзе 209
5.15. Методика діагностики емоційного інтелекту Холла 211
5.16. Шкала самооцінки 213
5.17. Методика вимірювання обсягу короткочасної пам'яті 216
5.18. Методика дослідження динаміки процесу заучування 221
5.19. Методика «Модальність сприйняття» 224

Список використаної та рекомендованої літератури 227
Додатки 233

ПЕРЕДМОВА

Проблема психічного здоров'я на сучасному етапі розвитку нашого суспільства набуває особливо важливого характеру, так як від стану здоров'я нації залежить майбутнє наступних поколінь.

Патопсихологія – розділ психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у разі виникнення хвороби, її значення полягає в можливості глибшого пізнання закономірностей функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчення психічного здоров'я, а також факторів, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу і соціогенезу.

Метою викладання навчального курсу «Патопсихологія» є засвоєння системи психологічних знань про структуру порушень психічної діяльності особистості та закономірності її розпаду в співставленні з нормою.

Основними завданнями курсу «Патопсихологія» є: ознайомлення здобувачів з порушеннями пізнавальної діяльності, патопсихологією особистості; систематизація основних теоретичних понять та категорій дисципліни; розвиток вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку; вивчення питання про співвідношення розвитку і розпаду психіки; навчання діагностичних підходів у патопсихології і психіатрії; засвоєння даних про стан особистості з психічними відхиленнями, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, особистості в цілому.

Завдання навчального посібника «Патопсихологія» – ознайомити читачів з основними відхиленнями у розвитку психічної діяльності людини, розвивати в них вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку. А тому до змісту навчального посібника включено такі розділи: «Вступ до патопсихології», «Види порушень психіки», «Вікова

патопсихологія», «Психологічна допомога при порушеннях психічного розвитку».

У посібнику описано основні категорії патопсихології, історичні передумови та перспективи її розвитку, види порушень психіки, вікові особливості психічних розладів, основні методи фахової допомоги при порушеннях психічного розвитку.

Посібник «Патопсихологія» розрахований на широке коло читачів, які цікавляться різними напрямками психологічної науки, дбають про особистий саморозвиток та розширення кругозору в цій галузі.

Бажаємо успіхів!

РОЗДІЛ І
РОЗВИТОК ТА СТАНОВЛЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ЯК НАУКИ

1.1. Патопсихологія як наука та навчальна дисципліна: її предмет і завдання

Психічні аномалії можуть вплинути на життя як відомої людини, так і звичайної, як багатої, так і бідної. Психологічні проблеми приносять тяжкі страждання й, навпаки, можуть бути джерелом натхнення та енергії. Сферу науки, яка вивчає психологічні проблеми, називають патологічною психологією. Дослідники патопсихології збирають інформацію, щоб мати можливість описати, передбачити і пояснити досліджувані явища. Ці знання використовують для виявлення та лікування патологічної поведінки.

Патопсихологія (грец. *pathos* – страждання, *psyche* – душа, *logos* – учення) – це розділ медичної психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у випадку психічних чи соматичних захворювань.

За Б. Зейгарник, патопсихологія вивчає структуру порушень психічної діяльності, закономірності розладу психіки в їх зіставленні з нормою.

Завдання патопсихології:

- аналіз закономірностей розладу психіки, зокрема змін особистості психічно хворих;
- психологічна діагностика порушень психіки хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової, військової експертизи.

Аналіз патологічних змін здійснюється на базі зіставлення з характером формування й протікання психічних процесів, станів і властивостей особистості в нормі.

Патопсихологія – галузь психологічної науки, дані якої мають теоретичне й практичне значення для психології та психіатрії. Вона виходить із закономірностей розвитку й структури психіки в нормі,

вивчає закономірності розладу психічної діяльності та властивостей особистості, порівняно із закономірностями формування й протікання психічних процесів у нормі, а також закономірності аномальної відображувальної діяльності мозку.

Дослідження у сфері патопсихології мають теоретичне та прикладне значення для психології й медичної практики.

Теоретичне:

- патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності (патологічне дуже часто спрощує те, що закрите від нас у нормі);
- використання патологічного матеріалу може виявитися корисним у розв'язанні питання про співвідношення біологічного й соціального у розвитку психіки.

Прикладне:

- у психологічних лабораторіях накопичено експериментальні дані, які характеризують порушення психічних процесів за різних форм захворювань, що можуть бути додатковим матеріалом у встановленні діагнозу;
- у психологічному експерименті може бути поставлено завдання аналізу структури, установлення рівня психічних порушень хворого, його інтелектуального зниження;
- застосування адекватних психологічних досліджень дає змогу визначити характер дії нових лікувальних засобів, які впроваджуються в терапевтичну практику;
- дані отримані під час патопсихологічного дослідження, можуть використовуватися для аналізу можливостей особистості хворого із точки зору її збережених сторін і перспектив компенсації втрачених властивостей, задля вибору психотерапевтичних заходів та проведення психічної реабілітації.

Поняття про психічну патологію

Визначити психічну патологію дуже нелегко. Більшість відомих дефініцій сходяться на тому, що це відхилення від загальноприйнятих

норм, які супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією й небезпекою, яку людина несе сама собі та оточуючим.

Ознаки психічної патології:

- відхилення від норми (тобто людина дуже відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна; судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, писані й неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві);
- постійні душевні страждання (тобто неприємні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій);
- психічна дисфункція, що заважає людині належно виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так збиває її з толку, так хвилює, що вона не може достатньо піклуватися про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати);
- небезпека, яку несе в собі людина (крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, що стає небезпечною для самої людини й для інших; однак багато людей, котрі страждають від постійної тривоги, депресії та навіть дивно себе поводять, не становлять безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

Суспільству важко відрізнити патологію, що потребує лікування, від незвичайних особливостей індивідуальної поведінки – у цьому випадку ніхто не має права втручатись у життя людини.

Час від часу ми бачимо людей чи чуємо про тих, хто, зазвичай точкою зору, поводять себе дуже дивно, наприклад дізнаємося про те, що дехто живе сам із дюжиною котів і практично ні з ким не розмовляє. Поведінка таких людей відхиляється від норми, вона може приносити людині неприємності, сприяти психічній дисфункції, але багато спеціалістів вважають її швидше ексцентричною, ніж патологічною.

Дії, спрямовані на те, щоб змінити патологічну поведінку на більш нормальну, – терапія. Це спеціальний, систематичний процес.

Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики

Можна думати, що співвідношення клінічної психології та медичної таке ж, як відношення клініки й медицини взагалі. При такому підході під клінічною психологією можна розуміти галузь медичної психології, прикладне значення якої визначається потребами клініки – психіатричної, неврологічної, соматичної. Дослідники, розглядаючи клінічну психологію як частину медичної, ставлять перед собою більш безпосередні діагностичні завдання та розрізняють такі складові клінічної психології, як патопсихологія, нейропсихологія, соматопсихологія.

Поділ клінічної психології на пато-, нейро- й соматопсихологію значною мірою умовний. Їх значно зближує використання в кожній із зазначених областей методів дослідження, розроблених в інший, а також наявність прикордонної патології, що є предметом вивчення декількох наук. Поняття патопсихології іноді без підстав ідентифікують із психопатологією, хоча вони зовсім не тотожні, незважаючи на їх зовнішню схожість і єдність, що утворюють коренів цих слів. Патопсихологія, за визначенням Б. Зейгарник (1969), досліджує структуру порушень психічної діяльності, закономірності її розпаду в їх зіставленні з нормою, при цьому вона дає кваліфікацію психопатологічних явищ у поняттях сучасної психології. Психопатологія – наука суто медична, розділ психіатрії, вона оперує переважно клінічними поняттями. Психопатологія, тобто загальна психіатрія, займається описом ознак психічного захворювання в динаміці, у перебігу хвороби. Основна відмінність психопатології від психології в тому, що перша оперує поняттями медичними (етіологія, патогенез, симптом, синдром) і використовує загальнопсихологічні критерії (виникнення й результат хвороби). Однак слід зауважити, що патопсихологія використовує ці клінічні критерії, оскільки без постійного співвіднесення з ними вона б утратила своє практичне, прикладне значення. Дані патопсихологічного дослідження в обов'язковому порядку повинні співвідноситися із

психічним статусом хворого, зі стадією перебігу захворювання, з його динамікою. Патопсихологія так само, як і психопатологія, вивчає закономірності й стереотип розвитку психічної хвороби, але предметом її дослідження є не закономірність зміни симптомів і синдромів, а певна ланка в структурі симптомоутворення, тобто те, що передує психопатологічним утворенння у патогенезі хвороби. Патопсихологія – необхідна ланка в загальній патології психічного. Психопатологія як і патопсихологія, є наукою, що вивчає розлади психіки, але вони при цьому користуються різними методами. Якщо патопсихологія вивчає психічні розлади методами психології, то психопатологія здебільшого застосовує клініко-описовий метод. Приводом для тверджень про те, що психопатологія та патопсихологія – це одна й та сама наука, іноді, очевидно, є та обставина, що і патопсихологія, і психопатологія мають справу з одним і тим самим об'єктом, порушеннями психічної діяльності. Однак, вивчаючи одні й ті ж прояви психічної патології, наприклад розірваність мислення або резонерство, патопсихологи досліджують їхню психологічну структуру, а психопатологи дають клінічний опис цих ознак, простежують особливості їх виникнення та зв'язок з іншими, спостерігаються в клініці розладами мислення.

Патопсихологія тісно пов'язана з такими галузями наукового знання й практики:

- *медична психологія* (патопсихологія є однією зі складових медичної психології, що інтенсивно та плідно розвивається);
- *психологія* (аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування й протікання психічних процесів, властивостей і станів у нормі; патопсихологічні дослідження дають можливість глибше пізнати закономірності функціонування та розвитку нормальної психіки, вивчити психічну норму, психічне здоров'я, фактори, які активізують чи гальмують розвиток особистості в процесі її онтогенезу й соціогенезу);
- *судова, трудова, військова експертиза* (дані патопсихологічних обстежень використовуються для встановлення міри вираження психічного дефекту);

- *психопатологія* (психопатологічні дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних процесів, а патопсихологія розкриває характер протікання й особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних симптомів);
- *вікова психологія* (у певні періоди життя, особливо під час вікових криз, можливе виникнення, посилення чи загострення психопатологічних проявів; так, існують психічні захворювання, характерні для підліткового та юнацького віку, захворювання старечого віку й ін.);
- *дитяча психологія* (спеціалізується на вивченні порушень психічного розвитку в дитячому віці);
- *судова психологія* (серед правопорушників наявний певний відсоток людей, які страждають на ті чи інші психічні захворювання або відхилення);
- *педагогіка,* зокрема методика навчання (до сфери інтересів патопсихології входить також і психологічна корекція відхилень та аномалій психічного розвитку)

Принципи патопсихологічних досліджень

На підставі праць Б. Зейгарник, можна виділити такі принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень.

– *Психологічний експеримент повинен давати можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності* (оскільки психічні процеси розглядаються в психології не як природжені здібності, а як такі, що формуються за життя). Він має бути спрямований на якісний аналіз різних форм розладу психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності й на можливості її відновлення. Якщо йдеться про порушення пізнавальних процесів, то експериментальні прийоми повинні показати, як розпадаються ті чи інші мислительні операції хворого, які сформувались у процесі його життєдіяльності, як видозмінюється процес набуття нових зв’язків, у якій формі викривляється можливість користування системою старих зв’язків, що сформувались у попередньому досвіді.

– *Принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого.* Важливо не тільки те, якої складності чи якого обсягу завдання осмислив і виконав хворий, а й те, як він осмислював, чим зумовлені його помилки й труднощі. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі розв'язання експериментальних завдань, – це важливий матеріал для оцінювання того чи іншого порушення психічної діяльності хворих.

– Один і той самий патопсихологічний симптом може зумовлюватися різними механізмами та бути індикатором різних станів. Так, порушення опосередкованої пам'яті чи нестійкість суджень можуть виникнути внаслідок порушень розумової працездатності хворого, порушень цілеспрямованості мотивів, або бути проявом дезадаптації дій. *Характер порушень* не є специфічним для того чи іншого захворювання. Він лише типовий для них і *може бути оцінений у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження.*

– *Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, що можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності; мотиви, що спонукають цю діяльність.* При цьому патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не лише розумові операції хворого, але і його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи тощо.

– Будова патопсихологічного експерименту повинна надавати можливість *виявляти структуру не лише змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого.* Це важливо для розв'язання питання відновлення порушених функцій. Проблема збережених можливостей постає особливо гостро для з'ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання й ін.

– У патопсихологічному дослідження *слід ураховувати ставлення хворого до досліду,* яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові досліджувані намагаються виконати інструкцію, «приймають» завдання, а психічно хворі іноді не лише не намагаються розв'язати

завдання, а й неправильно тлумачать дослід чи чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту зі здоровою людиною експериментатор попереджує, що будуть сказані слова, у які вона повинна вслухатися, то здоровий досліджуваний активно спрямовує свою увагу на сказані експериментатором слова. Під час проведення цього експерименту з негативістським хворим часто виникає протилежний ефект: хворий активно не хоче слухати. За таких умов експериментатор змушений проводити експеримент наче «обхідним шляхом»: вимовляє слова наче ненівмисно й реєструє реакції хворого. Нерідко доводиться експериментувати з хворим, який інтерпретує ситуацію дослідження ідеями маячення, наприклад, вважає, що експериментатор діє на нього «гіпнозом», «променями». Зрозуміло, що таке ставлення хворого до експерименту позначається на способах розв'язання завдання, він часто виконує прохання експериментатора навмисно неправильно, відтягує відповіді тощо. У таких випадках побудову експерименту слід змінити.

– У патопсихологічному дослідженні використовують *велику кількість методик.* Це пояснюється тим, що процес розладу психіки не відбувається однорівнево. Практично не буває так, щоб в одного хворого порушувалися лише процеси синтезу й аналізу, а в іншого страждала б виключно цілеспрямованість особистості. Під час розв'язання будь-якого експериментального завдання можна робити висновок про різні форми психічних порушень. Однак, незважаючи на це, не кожен методичний прийом дає змогу з однаковою очевидністю, чіткістю та достовірністю говорити про ту чи іншу форму або міру порушення. Крім того, порушення психічної діяльності хворого часто буває нестійким. За покращення стану хворого деякі особливості його мислительної діяльності зникають, інші залишаються. При цьому характер виявлених порушень може змінюватися залежно від особливостей самого експериментального прийому; тому зіставлення результатів різних варіантів якого-небудь, багаторазово повторюваного методу, дає підставу робити висновок про характер, якість, динаміку порушень психіки хворого.

– *Патопсихологічне обстеження дітей* не *повинно* обмежуватися встановленням якісної характеристики психічних порушень, а має *виявляти потенційні можливості дитини.*

До 1950-х років психотерапією займалися лише психіатри, лікарі стажувалися 3–4 роки, в лікуванні хворих з психічною патологією. Після Другої світової війни потреба в лікуванні психічних захворювань набагато зросла, і в її задоволенні почали брати участь інші професійні групи:

- клінічні психологи; психологи-консультанти;
- медсестри (які працюють із психічно хворими);
- сімейні терапевти;
- і найбільша група – соціальні педагоги, соціальні робітники, які мають справу з психічно хворими.

Запитання для самоперевірки

1. *Дайте визначення патопсихології.*
2. *Що вивчає патопсихологія?*
3. *У чому полягає завдання патопсихології?*
4. *У чому полягає значення патопсихології для психології?*
5. *У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?*
6. *Назвіть ознаки психічної патології.*
7. *Із якими науками пов 'язана патопсихологія?*
8. *Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.*
9. *Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.*
10. *Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти структуру не лише змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого?*
11. *Чому в патопсихологічному дослідженні використовують багато методик?*
12. *Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології?*

1.2. Історичний розвиток та становлення патопсихології як науки

За результатами досліджень ВООЗ, щороку 30 % дорослого населення і 20 % дітей та підлітків США страждають на серйозні психічні порушення й потребують лікування. Більшість людей мають труднощі в різних аспектах життя та час від часу відчувають сильний стрес, напруження, депресію й інші форми психологічного дискомфорту. У кожному суспільстві і в минулому, і зараз були та мають місце прояви психічної патології. За Р. Коммером, погляди на її причини й методи лікування були неоднаковими.

Погляд первісних людей на патологію та її лікування. Археологи, вивчаючи залишки древніх людей, їхню культуру, зробили висновок, що, можливо, у цих суспільствах патологічна поведінка розглядалася як результат впливу злих духів. Щоб вилікувати людину, треба змусити злих духів залишити тіло.

Можливо, що такий погляд існував ще в кам'яному віці, півмільйона років тому. На деяких черепах, знайдених у Європі та Південній Африці, можна побачити сліди операції, що називається трепанацією (у черепі хворого кам'яним інструментом (трепаном) вирізали круглий отвір).

У більш пізніх суспільствах патологічну поведінку теж пояснювали одержимістю демонами (єгипетські, китайські, єврейські джерела). Патологію лікували вигнанням «бісів» (екзорцизм). Шаман чи жрець читали молитви, умовляли духів зла, сварили їх, проводили магічні дії, давали людині, одержимій злими духами, пити гіркі рідини. Якщо це не допомагало – людину бичували або не давали їй їсти.

Погляди на патологію та її лікування в античні часи. Найдавніші-ми джерелами медичних знань, що дійшли до нас (1700 років до н. е.), вважають єгипетські папіруси. Німецький учений Д. Габерс серед цих джерел знайшов декілька рецептів для лікування нервових порушень.

У час процвітання грецької і римської цивілізацій, приблизно з 500 р. до н. е., філософи та лікарі стали пропонувати різні пояснення патологічної поведінки.

Грецький лікар Алкмеон Кротонський (500 р. до н. е.) першим зрозумів, що мозок – орган психічної діяльності. Він відкрив зорові нерви й висловив припущення, що й інші відчуття відіграють важливу роль у психічній діяльності.

Знаменитий старогрецький лікар Гіппократ (460–377 рр. до н. е.) висловив припущення, що причиною психічних розладів є захворювання мозку, а це зумовлено дисгармонією чотирьох рідин: надлишок жовтої жовчі викликає шалену радість, надлишок чорної жовчі – джерело постійної печалі. Він залишив приблизні описи меланхолійних і маніакальних станів, недоумкуватості, імбецильності. На душевнохворих Гіппократ поширював усі відомі на той час принципи лікування.

У Стародавньому Римі також існував науковий підхід до лікування психічно хворих. У працях римських лікарів знаходимо навіть класифікації психічних хвороб. Цельс (I–II ст. н. е.) ділив усі психічні захворювання на три групи: гострі гарячкові, хронічні безгарячкові, галюцинаторно-маячні. Він пропонував методи лікування, у тому числі й психотерапію.

Водночас римський лікар Аретей Каппадокійський описав маніакальну та депресивну фази психозу. Клавдій Гален дав анатомічний опис центральної нервової системи. Римський лікар Целій Авреліан (V ст. н. е.) був першим, хто вважав, що причиною психічних хвороб можуть бути соматичні захворювання. Античні спеціалісти лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні й психологічні засоби. Перш ніж пустити хворому кров чи обмежити свободу його пересування, багато грецьких лікарів спочатку виписували хворому теплу та дружню підтримку, музику, масаж, фізичні вправи й ванни.

Середньовічна Європа: повернення демонології. У середньовічній Європі часів 500–1350 рр. н. е. інтенсивно зростала влада духовенства. Церква заявила про незалежність душі від тілесної оболонки й знищувала всі наукові обґрунтування сутності психічних явищ. Поведінку, що відхилялася від загальноприйнятих норм, розглядали як свідчення впливу сатани. В усіх країнах Європи панувало уявлення про психічно хворих як про одержимих злим духом, дияволом, біснуватих. Якщо в

період раннього середньовіччя психічно хворих направляли в монастирі й монахи лікували їх заклинаннями, то вже в XV–XVI ст. суди святої інквізиції визнавали їх одержимими дияволом і спалювали на вогнищах, що палали в Європі понад 200 років.

На цей період випадають спалахи масового божевілля, коли в багатьох людей були однакові видіння та галюцинації. При одному такому психічному порушенні, тарантизмі, групи людей раптово починали стрибати, роблячи круги, танцювати й битись у конвульсіях. Усі були впевнені, що цих людей укусив «вовчий павук» – тарантул. За іншої форми масового безумства, лікантропії, люди вважали, що їхніми душами оволоділи вовки чи інші звірі. Так звані перевертні поводили себе так, як звірі, та уявляли, що їхнє тіло покрилося шерстю. Середньовіччя залишило немало цікавих свідчень щодо психічних недуг у самих служителів святої церкви, яких згодом зарахували до лику святих. Так, у своїх видіннях святий Антоній бачив тигрів, вовків, змій, биків, що кидалися на нього, кусали, били рогами. Видіння, схожі на галюцинації при білій гарячці, бачив святий Мартин: перед ним поставав сам Сатана в розкішному одязі, у короні з рогів. Звичайно, ці психічні розлади у відомих діячів церкви не розцінювалися як хвороби.

Починає відроджуватись екзорцизм. Священики зверталися до Бога з молитвами, давали хворим пити свячену воду, гіркі рідини. Якщо це не допомагало – принижували злих духів або ж не давали хворому їсти, били його, ошпарювали окропом чи розтягували.

У кінці Середньовіччя світська влада почала будувати лікарні, взяла на себе турботу про хворих, у тому числі й із психічними порушеннями. Багато психічно хворих стали лікуватись у лікарнях, таких як лікарня Трініті в Англії.

Епоха ренесансу: початок створення притулків для психічно хворих людей Інтенсивна урбанізація, розвиток промисловості поставили перед суспільством проблему ізоляції значної кількості психічнохворих. У великих містах для них створювали притулки. Хворих перестали страчувати, однак ставлення до них залишилося жорстоким. Притулки

мали жалюгідний вигляд, нагляд за хворими здійснювали люди, які були далекими від медицини. Збуджених, неспокійних хворих приковували ланцюгами. Перший медик, котрий спеціалізувався на душевних захворюваннях, – німецький лікар Й. Вейер (1515–1588). Він вважав, що розум теж піддається захворюванням, як і тіло.

У Великобританії психічно хворих доглядали вдома, а сім'ї отримували гроші на їх утримання від місцевого церковного приходу. У різних містах Європи організовувалися церквою богодільні для лікування людей із психічними розладами. Найбільш відомі у м. Гилі в Бельгії. Із XV ст. сюди з усіх куточків Європи їхали люди із психічним порушеннями. Місцеві жителі дружелюбно приймали їх.

Однак до середини XV ст. в міру того, як притулки переповнювалися, вони перетворювалися на своєрідні в'язниці, де пацієнтів утримували в брудних приміщеннях і поводилися з ними жорстоко. Наприклад, у 1547 р. лондонська Віфлеємська лікарня була віддана місту королем Генріхом VIII для утримування душевнохворих. У цьому притулку пацієнтів тримали в ланцюгах, і вони так кричали, що їхні крики було чути в усіх околицях (згодом ця лікарня перетворилася на туристський атракціон).

XVIII–XIX ст.: моральне лікування. На період до 1800 р. у лікуванні душевнохворих з'являється суттєві покращення. Велика Французька революція створила сприятливі умови для розвитку науки взагалі й психіатрії зокрема. Уряд прийняв низку декретів про поліпшення утримання хворих, створення спеціальної комісії та з реорганізації психіатричної допомоги.

У 1792 р. професор медичної школи Ф. Пінель із дозволу Конвенту зняв ланцюги з хворих психіатричної лікарні в Сальпе-трієрі. У 1793 р. він став головним лікарем паризького притулку для душевнохворих чоловіків. Філіпп Пінель доводив, що хворих слід лікувати з допомогою моральної підтримки, він надавав їм свободу пересування територією лікарні, замінив їхні темниці сонячними кімнатами з хорошою вентиляцією, запропонував моральну підтримку й добрі поради як необхідну частину лікування. У самопочутті багатьох людей, котрі

просиділи десятиліття під замком, дуже швидко з'явилися помітні покращення, їх випустили на волю. Пізніше він провів подібні реформи в паризькій лікарні для жінок із психічними порушеннями. Із того часу стали впроваджувати якісно нові принципи в організацію психіатричної допомоги. Людей із психічними розладами офіційно визнавали хворими, притулки отримали назву психіатричних лікарень, з'явилися передумови для організації лікування, наукового узагальнення та систематизації спостережень. Ці гуманістичні ідеї поширювались і в інших країнах.

Так, англієць В. Тюк провів схожі реформи на півночі Англії. У 1796 р. він заснував Йоркський притулок, де майже 30 пацієнтів з психічними порушеннями жили як гості в тихих сільських будиночках, їх лікували поєднанням відпочинку, молитви та ручної праці.

Методи Ф. Пінеля й В. Тюка поширилися Європою та США. У США Б. Раш вимагав, щоб із пацієнтами працювали розумні й чуйні співробітники, які б читали їм, розмовляли з ними та виводили на прогулянки.

Шкільна вчителька Д. Дікс досягла того, що людяність у турботі про душевнохворих стала предметом уваги суспільства. Завдяки діяльності (їздила штатами й розповідала про жахи, які бачила в лікарнях, закликала до реформ) уряд став витрачати більше грошей на лікування хворих із психічними порушеннями. Кожен штат ніс відповідальність за розвиток національної системи лікарень для душевнохворих.

У 1837 р. шотландський лікар О'Коннолі запропонував повністю ліквідувати всі форми утиску хворих, приниження їхньої людської гідності. Проте вони ще довго зберігались у Німеччині та США. Цьому сприяли різні філософські погляди. Так, Е. Кант вважав, що психіатрія – це не медична наука, що психічно хворі належать до компетенції не лікарів, а філософів. Тому їхнім лікуванням займалися філософи. Вони ж і викладали психіатрію. На думку німецьких психіатрів-філософів, психоз треба розглядати як хворобу душі, що є наслідком злої волі або ж гріха. Філософи не визнавали ролі соматичних порушень у виникненні психічних розладів.

У німецькій психіатрії існувала школа соматиків. Її представники причиною душевних розладів вважали соматичні захворювання. Наукові погляди в німецькій психіатрії розвивав В. Грізінгер (1876). Він вважав, що основа психічних порушень – патологічні процеси в мозку. Погляди німецьких психіатрів-соматиків сприяли зближенню психіатрії із загальною медициною й мали позитивний вплив на розвиток психіатрії як у Німеччині, так і за її межами.

Після реформи Ф. Пінеля склалися хороші умови для спостереження та наукового аналізу психічних порушень у хворих із психіатричних лікарень. Завдяки цьому вже в 30-ті роки XIX ст. отримано важливі наукові результати. У 1882 р. А. Бейль описав прогресивний параліч божевільних. У цей самий період Й. Ескіроль виділив клінічні критерії ілюзій, а Й. Фальре дав клінічні характеристики алкогольного психозу, циркулярного психозу, психічних порушень при епілепсії. Цими працями французьких психіатрів покладено початок створенню класифікації психозів.

До 1850-х років у багатьох лікарнях Європи та США багато пацієнтів вилікували й були виписані. Однак до кінця XIX ст. ситуація змінилася на гірше, а саме:

- труднощі з персоналом;
- не всі пацієнти могли вилікуватися лише внаслідок гуманного ставлення до них;
- у міру того, як усе більше пацієнтів щезало в далеких від цивілізацій лікарнях, люди вважали, що всі психічно хворі – дивні та небезпечні; відповідно знизилася благодійність.

На початку XX ст. тривала госпіталізація знову стала звичним явищем.

На початок XX ст. виділяються два погляди на причини виникнення психічних порушень:

- *соматогенний:* патології поведінки зумовлені фізичними причинами. У 1883 р. німець Е. Крепелін довів, що такий фізичний фактор, як утома, може бути причиною психічної дисфункції. Запропоновано багато способів лікування психічно хворих, але вони були

неефективними (видалення зубів, мигдалин, хірургічне розсікання деяких нервових волокон у головному мозку). У 1950-ті роки відкрито кращі методи;

– *психогенний:* причини психічної хвороби слід шукати в психології. Цей погляд виявився перспективним, коли з'явився гіпноз – процедура, що вводить людей у транс, тобто в такий психічний стан, коли вони особливо добре піддаються впливу. Ще в 1778 р. австрійський лікар Месмер лікував гіпнозом пацієнтів з істеричними розладами і тілесними хворобами: паралічі, у яких не було явних фізичних причин. Двоє французьких лікарів – Бернхайм і Лебо показали, що під впливом гіпнозу істеричні припадки можна викликати в здорових людей. Віденський лікар Бретер вивчав вплив гіпнозу на істерію (під гіпнозом пацієнт розповідав про події, які змусили його страждати, а прокидався без симптомів істерії). З. Фройд розробив теорію психоаналізу, за якою багато форм психічної патології мають психогенний характер.

Загалом початок XX ст. ознаменувався виникненням нової галузі психологічної науки – патологічної психології. Однією з перших узагальнювальних праць із патопсихології була «Психопатологія у застосуванні до психології» швейцарського психіатра Г. Штеррінга.

У феодальній Російській імперії теж панували релігійно-містичні погляди на психічні хвороби, але ставлення до хворих було м'яким, їх вважали жертвами Божої кари або ж порчі. З XI ст. юродиві, блаженні проживали при монастирях. У 1554 р. був виданий указ, у якому вимагалося від монастирів турбуватися про «малоумних», забезпечувати їм харчування й догляд. Така форма піклування про хворих існувала до XVIII ст.

Після 1864 р. на земські управи покладено будівництво психіатричних лікарень (збудовано Харківську, Одеську та інші психіатричні лікарні й психіатричні відділення у військових госпіталях).

Розуміння душевних розладів як хвороби визначало й характер будівництва лікарень – для лікування, а не для притулку. Очолили психіатричні фахівці лікарі, які мали підготовку з психіатрії. А це, зі

свого боку, створювало умови для встановлення медичного режиму, догляду, методів лікування та аналізу спостережень.

Професор хірургії й психіатрії Харківського університету П. Бутківський у підручнику з психіатрії (1834 р., це був перший підручник з психіатрії російською мовою) закликав гуманно ставитися до хворих: «...ми повинні показувати всю ніжність і співчуття до тих, хто втратив розум, не заковуючи цих нещасних, як злочинців, у кайдани, темниці чи смердючі мокрі прірви смиренних будинків, куди співчутливий погляд людства ніколи не проникає і де їх... демонструють, ніби диких звірів тим, хто від ситості та дурної цікавості знаходять задоволення бачити сих нещасних страждальців».

Патофізіологічні напрями розробляв у своїх працях В. Протопопов, який створив в Україні своєрідну школу вчених-психіатрів. Серед них – Й. Поліщук – його біохімічні дослідження доводять матеріалістичну природу психічних хвороб, дають змогу виділити досить специфічні біохімічні синдроми при психічних розладах. В Україні працювали й такі відомі вчені-клініцисти, як Т. Юдін, Є. Попов, К. Платонов, Я. Фрумкін, П. Бірюкович, І. Завілянський та інші.

Із розвитком експериментальної психології все більше зростав інтерес психіатрів, психоневрологів до психології, що надалі стало основою становлення патопсихології.

Б. Зейгарник відзначає велику співдружність провідних психіатрів і невропатологів того часу з психологами. Багато з них самі були провідниками передових ідей психології свого часу й сприяли розвитку психології в науково-організаційному напрямі. Вони починали свої лекції з основ психологічної науки, були членами психологічних наукових товариств, редакторами психологічних журналів тощо.

Велику роль у становленні патопсихології як певної галузі знань відіграли ідеї про предметну діяльність відомого психолога Л. Виготського. Він висунув положення про те, що:

а) мозок людини має інші принципи організації функцій, ніж мозок тварини;

б) розвиток вищих психічних функцій не визначається лише однією морфологічною структурою мозку; психічні процеси не виникають у результаті одного лише дозрівання мозкових структур – вони формуються в процесі життя в результаті навчання, виховання, спілкування та засвоєння досвіду людства;

в) в) ураження одних і тих самих ділянок кори має різне значення на різних етапах психічного розвитку. Ці положення багато в чому визначили шлях патопсихологічних і нейропсихологічних досліджень.

Сам Л. Виготський своїми експериментальними дослідженнями поклав початок вивчення розпаду мислення. Для побудови своєї теорії про вищі психічні функції він використовував дані патопсихологічних досліджень.

У роки Другої світової війни патопсихологи включились у відновлювальну роботу в нейрохірургічних госпіталях. Предметом патопсихологічних досліджень стають порушення психічної діяльності, спричинені травмами головного мозку, та їх відновлення. Однією з провідних у галузі патопсихології є проблема розладу пізнавальної діяльності. Роботу в цій галузі здійснювали в різних напрямах: досліджували зміни особистісного компонента в структурі розладів пізнавальних процесів, розробляли питання про зв’язок порушень пізнавальних процесів із процесом актуалізації знань тощо. Інша лінія досліджень спрямована на психологічний аналіз спостережуваних у психіатричній клініці порушень особистості. Проводилися дослідження змін ієрархічної побудови мотивів, їх смислоутворювальної функції; вивчали внутрішню картину хвороби при різних психічних захворюваннях.

Використовуючи теорію установки Д. Узнадзе, низка психологів та психіатри Грузії досліджувалививчають порушення установок при різних формах психічних захворювань.

Із розвитком патопсихології розширювалися патопсихологічні дослідження в експертній практиці – судово-психіатричній і трудовій. Проблема трудової й соціальної реабілітації приваблювала увагу

представників різних спеціальностей; розширювалася мережа лабораторій із відновлення як окремих порушених функцій, так і працездатності хворих людей.

Особливого розвитку набули патопсихологічні дослідження в дитячих психоневрологічних закладах. Розроблялися методики, що сприяли ранній діагностиці розумової відсталості; здійснювався аналіз складних картин слабоумства та недорозвитку в дитячому віці з метою пошуків додаткових диференціально-діагностичних ознак і симптомів; на основі положення про зону найближчого розвитку розробляли низку методик навчального експерименту, спрямованих на виявлення прогностично важливих ознак научуваності дітей.

На з'їздах психологів (1959, 1963 і 1971 рр.) широко представлені доповіді патопсихологів, які зосереджувалися навколо таких проблем: значення патопсихології для теорії загальної психології, проблеми компенсації, патології мислення та особистості.

Відомим представником вітчизняної патопсихології є психолог із світовим ім'ям – Б. Зейгарник (1900–1988 рр.). Вона розробила теоретичні основи патопсихології, описала характер патологічного протікання окремих психічних процесів, сформулювала важливі принципи роботи патопсихолога. Будучи ученицею К. Левіна, вона здійснила відоме дослідження з проблеми запам'ятовування завершених і незавершених дій, що далі отримали назву «ефект, чи феномен Зейгарник». Його суть у тому, що незавершені дії запам'ятовуються людиною набагато краще, ніж завершені.

Багато років Б. Зейгарник завідувала лабораторією експериментальної патопсихології де накопичила величезний експериментальний матеріал, який ліг в основу її книг із патопсихології. Блюма Вольфівна завжди поєднувала наукову й практичну роботу, розробляла проблеми патопсихології.

У 1950-ті роки, дослідники відкрили деякі нові психотропні засоби – ліки, які здебільшого діють на головний мозок і зменшують багато симптомів психічної дисфункції:

- антипсихотичні ліки, що допомагають виправити затьмарення свідомості й викривлення мислення;
- антидепресанти, що піднімають настрій людей, котрі перебувають у депресії;
- заспокійливі засоби, що допомагають зняти напруженість і тривожність.

Після відкриття даних засобів, хворих почали виписувати на амбулаторний режим (деінституціоналізований).

Починаючи з 50-х років XX століття в амбулаторному лікуванні почали розвиватися спеціальні програми, які фокусують увагу винятково на якомусь одному типі психологічних проблем.

У США, наприклад, є центри, які займаються роботою із запобігання самовбивством, профілактики зловживань психоактивними речовинами, програми, пов'язані з порушенням харчування, лікування різних фобій, програми із проблем сексуальної дисфункції.

У системі Міністерства охорони здоров'я України існують:

- психіатричні лікарні для гострих хворих із диференціацією відділів;
- психоневрологічні лікарні для людей із пограничними станами;
- психосоматичні відділення при соматичних лікарнях;
- психоневрологічний диспансер (амбулаторна допомога);
- психотерапевтичні кабінети та психотерапевтичні відділення;
- кризові центри й телефон довіри.

При психіатричних лікарнях, психоневрологічних лікарнях для людей із пограничними станами, психосоматичних відділеннях при соматичних лікарнях і психоневрологічних диспансерах існують дитячі відділення.

Запитання для самоперевірки

1. *Що вважали причиною психічної патології в первісному суспільстві? Що про це свідчить?*
2. *Доведіть, що в античні часи погляди на психічну патологію мала науковий характер.*

3. *Опишіть ставлення до психічно хворих в епоху Середньовіччя. Чим воно зумовлювалося?*
4. *Що стало причиною створення притулків для душевнохворих в епоху Відродження?*
5. *Чи можна стверджувати, що створення притулків для психічно хворих в епоху Ренесансу сприяло їх видужанню?*
6. *У чому полягає заслуга Філіппа Пінеля в психіатрії?*
7. *У чому відмінність поглядів філософів та психіатрів XIX ст. на психічну патологію?*
8. *Опишіть суть соматогенного та психогенного поглідів на причини виникнення психічних порушень.*
9. *Коли виникла патопсихологія?*
10. *Що вважали причиною психічної патології в епоху Середньовіччя?*
11. *Яким було ставлення до душевнохворих в Україні впродовж віків?*
12. *Назвіть представників вітчизняної патопсихології та опишіть їхній внесок у розвиток цієї науки.*
13. *Які зміни в лікуванні психічно хворих відбулись у середині XX ст.?*

1.3. Загальна характеристика найбільш поширених психічних захворювань

1. Психози – це такий вид психічного розладу, за якого хворий не може правильно оцінювати себе, навколишню обстановку, ставлення інших людей до себе, його вчинки грубо неправильні.

Найчастіше психози проявляються таким чином:

– *Маячення* – ідеї, судження, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані. Вони повністю оволодівають свідомістю хворого, не піддаються корекції черезпереконання й пояснення. Хворий оцінює свої дії як правильні, активно бореться з їх противниками. Зміст маячення може бути найрізноманітнішим, але найчастіше трапляється маячення переслідування (хворі впевнені, що за ними слідкують із космосу, приватні детективи, агенти КГБ чи ЦРУ, сусіди), маячення збитків (хворі впевнені, що крадуть їхні речі, хочуть вигнати їх із

квартири), маячення впливів (зі сторони інопланетян, чарівників). Трапляється маячення ревнощів, сутяжництва, винахідництва, реформаторства, іпохондричне маячення (хворий переконаний, що він страждає якоюсь страшною, невиліковною хворобою). Маячення завжди є ознакою психозу. При неврозах маячення не буває.

– *Галюцинації.* Уперше галюцинації описав Ж. Ескіроль. Він визначав галюцианта як людину, у якої існує переконання, що вона бачить, чує чи якось інакше сприймає нібито існуючий предмет. Видіння можуть бути страшними чи приємними, голоси можуть доноситися ззовні чи звучати всередині голови. Голоси можуть віддавати накази, сварити хворого чи коментувати його дії тощо. У момент напливу голосів хворі не можуть протистояти їхнім наказам і здійснюють найрізноманітніші, нерідко кримінальні вчинки. Ставлення хворого до голосів може бути критичним, але періодично критика втрачається, що свідчить про загострення хвороби. Про наявність галюцинацій можна дізнатись у хворого. Варто запам'ятовувати його розповідь, а краще – записувати. Це допоможе лікарю правильно поставити діагноз і призначити необхідне лікування. Про наявність галюцинацій можна судити й за поведінкою хворих, і за виразом їхніх облич. Часто, бесідуючи з голосами, вони жестикулюють. Якщо голоси доброзичливі, то на обличчі хворого можна помітити посмішку, якщо голоси страшні – на його обличчі відобразиться страх.

– *Рухові розлади* проявляються у вигляді ступора чи збудження. При кататонічному ступорі хворий стає загальмованим, дивиться в одну точку, перестає відповідати на запитання, відмовляється від їжі, надовго застигає в одній позі й впадає в стан нерухомості. Інколи спостерігається симптом «повітряної подушки»: голова хворого тривалий час залишається трохи піднятою над подушкою. Збудження проявляється дивною, недоречною поведінкою з гримасами, манірністю, несподіваними витівками (імпульсивність). Хворий може несподівано вдарити, плюнути, перекинути тарілку із супом на голову сусіду та ін. Характерними є незрозумілі витівки, кривляння, передражнювання. Хворі можуть обмазуватися нечистотами, поїдати сміття, кал тощо.

– *Афективні порушення* (тобто порушення настрою) проявляються у вигляді депресії чи маніакального стану.

Депресія – це такий стан, коли афект туги виступає на перший план. У хворих відзначається пригнічений настрій, інтелектуальна й рухова загальмованість. Вони відчувають пригнічуючу, безвихідну тугу, яка нерідко супроводжується важкими фізичними відчуттями (вітальна туга). Оточення сприймається в похмурому світлі. Теперішнє і майбутнє видається похмурим і безвихідним. Виникають ідеї самозвинувачення. Інколи туга буває настільки нестерпною, що хворі здійснюють суїцид (самовбивство).

Маніакальні стани свідчать про більш глибоке ураження психіки, проявляються безпричинно підвищеним настроєм, руховим збудженням. Настрій у хворих пречудовий, вони відчувають незвичайну бадьорість, прилив сил. Беруться за масу справ і жодну з них не доводять до кінця. Говорять без упину, співають, читають вірші. Хворі переоцінюють власну особистість, будують грандіозні плани на майбутнє.

При маячennі, галюцинаціях, рухових розладах та афективних порушеннях необхідне негайне втручання лікаря!

Маніакально-депресивний психоз (МДП) – захворювання, основним проявом якого є чергування маніакальних і депресивних станів. Протікає у вигляді приступів із вираженими афективними розладами, по завершенні яких повністю відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до приступу. Зміни особистості не відбувається.

2. Неврози – належать до пограничних станів у психіатрії. Це таке захворювання, яке виникає при життєвій ситуації, що різко змінилася, як тяжка реакція особистості на цю ситуацію. Причому критика хворого до свого стану не порушена. Невротичні розлади, як правило, співіснують з вегетативними порушеннями. Невроз проявляється астенічними, нав'язливими порушеннями.

Уперше поняття «невроз» увів шотландський лікар У. Кулен. Він визначав його як «нервовий розлад, що не супроводжується лихоманкою, не пов'язаний із захворюванням якогось органа, а обумовлений загальним стражданням, від якого залежать рухи й думки».

Неврози зворотні: коли усувається психотравмуючий фактор, зникають і невротичні розлади.

Найбільш поширений *істеричний невроз.* Істеричне реагування виникає у відповідь на психотравму та проявляється по-різному – від рухового збудження до припадків з риданнями, вигинами дугою без утрати свідомості чи загальмованістю. Дуже важливо відрізняти істеричний напад від епілептичного. Дослідники напади при істерії визначають як: раптовий напад, який характеризується різноманітними складними, виразними рухами: хворі стукають ногами, простягають руки вгору, рвуть на собі волосся, одяг, стискають зуби, тремтять, качаються по підлозі, вигинаються всім тілом, спираючись на потилицю й п'ятки («істерична дута»), плачуть, ридають, кричать, повторюють одну й ту саму фразу.

На відміну від епілептичного, при істеричному нападі хворий не падає, а повільно опускається на підлогу. Для істеричного нападу потрібно «багато місця» в буквальному значенні. Істеричний напад супроводжується затьмаренням свідомості. Спогади про напад й навколишню обстановку в цей момент зазвичай уривчасті. Істеричний напал, як правило, психогенно зумовлений, він може посилюватись і затягуватися за скупчення людей навколо хворого. Істеричний напад може раптово припинитися під впливом сильного зовнішнього подразника (укол, струмені холодної води, різкий звук тощо), а епілептичний зупинити неможливо. Тривалість істеричного нападу – від декількох хвилин до декількох годин. На відміну від епілептичного, істеричний напад не має клонічної й тонічної фаз, не супроводжується прикушуванням язика та мимовільним сечовиділенням. Реакція зіниць на світло й сухожильні рефлекси зберігаються. У хворих на епілепсію в картині нападів спостерігається (з усіма індивідуальними особливостями) стереотипна повторюваність (кліше), а істеричні припадки в однієї й тієї самої особи можуть протікати неоднаково.

Астенія – стан підвищеної втомлюваності, виснажуваності, утрата здатності тривалий час займатися фізичною й розумовою працею. Астенічна симптоматика нерідко проявляється на початковому етапі психічних захворювань. Інший прояв психічних розладів, що розви-

ваються, – *нав'язливі стани,* при яких почуття, думки, страхи, рухи виникають у хворого попри його волю. Хворий усвідомлює їхню хворобливість, недоречність, але безсилий у боротьбі з ними. Якщо він і долає нав'язливості, то ціною страждань, що виснажують. Характерні особливості цих станів – їхня впертість і невідступність, які заважають нормально жити й працювати, а інколи перетворюють на муку також життя родичів. Якщо людина відчуває нав'язливий страх раптово померти, заразитися якоюсь хворобою чи невиліковно захворіти тощо, то їй потрібна допомога психіатра. Зазвичай, ці люди самі хочуть позбутися своїх страхів, шукають допомоги й підтримки. Стани нав'язливості можуть з'являтись і в здорових людей як реакція на якусь психотравму. Але коли труднощі долаються, після лікування та відпочинку в них усе минає.

3. Епілепсія – хронічне психічне захворювання, яке часто протікає з ускладненням симптомів і розвитком грубих змін особистості. Основна характеристика хвороби – судомні або безсудомні напади, наявність пароксизмальних станів (судомних та безсудомних), визначені інтелектуально-мнестичні розлади й розлади особистості.

За даними ВОЗ, від 30 до 40 млн людей у світі страждають тими чи іншими формами епілепсії. Однак актуальність проблеми визначається не тільки й не стільки поширеністю епілепсії, скільки тяжкістю захворювання та його наслідків. Тому якщо в людини був судомний напад, її потрібно показати психоневрологу. Це не обов'язково виявиться епілепсією, але лікар сам має поставити діагноз і призначити відповідне лікування.

4. Шизофренія (від грец. *schizo* – розщеплюю і *phren* – думка) – психічне захворювання, основні прояви якого – зміни особистості (зниження активності, аутизм тощо), різноманітні патологічні продуктивні симптоми (маячення, галюцинації, афективні розлади, кататонія й ін.). Протікання переважно хронічне (у вигляді нападів чи неперервне).

5. Психопатія – це стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру й формується, зазвичай, з юного віку. Цей стан відрізняється постійністю; має тенденцію до посилення або послаблення, але не піддається

повній редукції. У складності пристосування до життєвих ситуацій такий хворий схильний переоцінювати значення обставин життя або властиві йому власні якості. До психічних захворювань, із якими в повсякденному житті стикається значна частина населення, належать алкоголізм і наркоманія.

6. Алкоголізм – хвороба, для якої характерне наростаюче протікання, причому не завжди можна точно визначити її початок. Спочатку виникає тільки психічна, а потім і фізична залежність від спиртного. На фоні алкоголізму можуть розвиватися різні психічні порушення: депресії, нав'язливі стани, істеричні прояви, алкогольні психози, деградація особистості. Серед алкоголіків частими є випадки самовбивств (алкоголізм слід відрізняти від п'янства зловживання алкоголем).

7. Наркоманія – патологічна пристрасть до психоактивних речовин. У наркоманів дуже швидко розвивається фізична і психічна залежність від наркотику, виражена тенденція до деградації особистості. Наркоманія негативно впливає на суспільство, оскільки дуже швидко поширюється й згубно відображається на здоров'ї нації.

Запитання для самоперевірки

1. *Назвіть найбільш поширені психічні захворювання.*
2. *Поясніть, що таке психози.*
3. *Поясніть, що таке неврози.*
4. *Як би ви пояснили відмінність психозу від неврозу?*
5. *Чим відрізняється припадок епілепсії від істеричного?*
6. *Куди за допомогою може звернутися в Україні людина з психічними розладами?*

1.4. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку особистості

Дослідження емоційно-вольової сфери

Оцінка емоційно-вольової сфери хворого проводиться психологом на всьому протязі спілкування з ним та аналізу малюнка поведінки. Крім цього, використовуються спеціальні діагностичні методики.

1. «Колірний тест відносин» (А. М. Еткінд).

Мета: виявлення емоційного ставлення випробуваного до різних проявів навколишньої дійсності (родині в цілому, до окремих членів сім'ї, до роботи, друзям, батькам).

Матеріал: кольорові картки набору М. Люшера.

Інструкція: (перед хворим розкладається набір карток). «Оберіть, будь ласка, колір, який асоціюється у вас з роботою (хворобою, вашим захворюванням, навчанням, батьками, дружиною, чоловіком, лікарями...)».

Набір обумовлених емоційних відносин до того чи іншого людині або ситуації визначається за необхідності, виходячи з анамнезу хвороби і ознайомчої бесіди психолога з хворим.

У ході дослідження психолог фіксує результати в протоколі (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Протокол результатів дослідження

З ким або чим колір асоціювався	Номери кольорових карток							
	0	1	2	3	4	5	6	7
«Моя хвороба»	+							
«Моє ставлення до лікарів»			+					
«Мої близькі»		+						
…								

Інтерпретація: на підставі домінування того чи іншого кольору можна виявити емоційний настрій пацієнта. При співвіднесенні колірних виборів різних подій або людей можна визначити значимість їх для досліджуваного.

2. Методика визначення пластичності-ригідності емоційної сфери

Матеріал: чистий аркуш (половина аркуша формату А4), ручка або олівець.

Методика складається з чотирьох етапів. На кожному етапі інструкція змінюється.

1. На першому етапі випробовуваний повинен написати звичайним способом фразу «У полі вже танув сніг».

Випробуваному видається аркуш паперу і ручка, пропонується написати фразу: «У полі вже танув сніг» і підкреслити її.

Інструкція: «Ви повинні за 30 секунд якомога більше число раз написати звичайним почерком цю фразу. Писати слід так, щоб кожна фраза займала окрему рядок. Починайте писати по моїй команді. Після команди “Стоп” слід припинити роботу на тій букві, на якій вона вас застала. Намагайтеся розташовувати строчки ближче один до одного, так як вам будуть дані ще кілька завдань».

2. На другому етапі треба писати друкованими літерами.

Інструкція: «Зараз ви повинні писати ту ж фразу, в тому ж темпі, але тільки друкованими літерами. Інші вимоги ті ж».

3. На третьому етапі потрібно чергувати прописні і друковані літери.

Інструкція: «Тепер завдання ускладнюється. Ви повинні писати ту ж фразу комбінованим способом – чергувати прописні і друковані літери, тобто перша – прописна, друга – друкована, третя – прописна, четверта – друкована, і т.д.».

4. На четвертому етапі слід писати подвоєними буквами звичайним почерком.

Інструкція: «Тепер виконайте останнє завдання. Відому вам фразу потрібно писати звичайним почерком (прописом), але при цьому кожну букву потрібно повторювати двічі: дві букви “в”, дві букви “п”, дві букви “о”, дві “л” і т.д. Темп роботи не збавляти».

Обробка результатів. Для визначення показника пластичності–ригідності спочатку підраховується кількість знаків (букв), написаних на кожному етапі окремо. Сума знаків першого етапу приймається за фоновий результат (Мф). Потім розраховується середній результат виконання модифікованих завдань, тобто другого, третього і четвертого етапів:

$$M_{ср} – (M_2 + M_3 + M_4) : 3,$$

де Мср – середній показник модифікованих завдань; М2 – результат другого етапу; М3 – результат третього етану; М4 – результат четвертого етапу.

Показником пластичності–ригідності служить коефіцієнт ригідності (Р), який визначається як відношення середнього результату модифікованих завдань (Мср) до результату фонового завдання (М <ф):

$$Р – М_{ср} : Мф.$$

Коефіцієнт ригідності (Р) може змінюватися в межах від 0 до 1. Значення Р, близьке до нульового, позначає ригідність, а близьке до одного – пластичність; Р, рівне 0,5, є середнім.

Методика САН

Бланк

ПІБ _____ Дата _____

1	Самопочуття хороше	3	2	1	0	1	2	3	Самопочуття погане
2	Почуваю себе сильним	3	2	1	0	1	2	3	Почуваю себе слабким
3	Пасивний	3	2	1	0	1	2	3	Активний
4	Малорухливий	3	2	1	0	1	2	3	Рухливий
5	Веселий	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
6	Хороший настрій	3	2	1	0	1	2	3	Поганий настрій
7	Працездатний	3	2	1	0	1	2	3	Розбитий
8	Сповнений сил	3	2	1	0	1	2	3	Знесилений
9	Повільний	3	2	1	0	1	2	3	Швидкий
10	Бездіяльний	3	2	1	0	1	2	3	Діяльний

У процесі обробки крайній ступінь вираження негативного полюсу пари слів характеристик психоемоційного стану оцінюється в 1 бал, а крайній ступінь позитивного полюсу – у 7 балів. Варто при цьому враховувати, що полюси шкал постійно змінюються, але позитивний полюс завжди отримує вищі бали, а негативний – нижчі.

Отримані бали групуються у відповідності з ключем у три категорії, і підраховується кількість балів по кожній з них.

- самопочуття – сума балів за шкалами № 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;
- активність – сума балів за шкалами № 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

- настрій – сума балів за шкалами № 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримані результати за кожною категорією діляться на 10.

Середній бал шкали дорівнює 4 бали.

! Оцінки, які перевищують 4 бала, говорять про сприятливий стан людини за кожною категорією (самопочуття, активність, настрій); оцінки нижче 4 балів свідчать про протилежне.

Нормальні оцінки знаходяться в діапазоні 5–5,5 бала.

Оцінка особистості хворого

Для більш глибоких і верифікованих висновків необхідно використовувати стандартизовані методики оцінки особистості.

Методика «Особистісний диференціал» розроблена з урахуванням сучасного російської мови й відбиває сформовані з нашого культурі уявлення про структуру особистості. Адаптована співробітниками психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева.

Мета методики полягає у вивченні певних властивостей особистості, се самосвідомості, міжособистісних відносин.

Методика сформована шляхом репрезентативної вибірки слів сучасної російської мови, що описують риси особистості, з подальшим вивченням внутрішньої структури чинника, своєрідною «моделі особистості», існуючої в культурі і розвивається у кожної людини в результаті засвоєння соціального і мовного досвіду.

З Тлумачного словника російської мови С. І. Ожегова були відібрані 120 слів, що позначають риси особистості. Із цього вихідного набору відібрані риси, найбільшою мірою характеризують полюси трьох класичних факторів семантичного диференціала:

- 1) оцінка;
- 2) сила;
- 3) активність.

Випадковим чином вихідний набір рис був розбитий на шість списків по 20 рис. Застосовувалися три паралельні методу класифікації рис всередині кожного з цих списків:

1) оцінка випробовуваними (за 100-бальною шкалою) ймовірності того, що людина, що володіє властивостями особистості А, має властивості особистості В. В результаті усереднення ймовірностей індивідуальних оцінок отримано узагальнені показники уявлень про спряженості рис особистості, що складають так звану имплицитную структуру особистості, властиву для всієї вибірки в цілому;

2) кореляція між самооцінками за рисами особистості. Випробовувані заповнювали шостій бланків самооцінок (кожен складений з 20 рис особистості і вимагає оцінити їх наявність у випробуваного за п'ятибальною шкалою);

3) 120 рис особистості оцінювалися за трьома шкалами (семибальної), що представляє фактори семантичного диференціала, оцінки усереднювалися.

У ЛД відібрано 21 особистісна риса. Шкали ЛД заповнювалися випробуваним згідно інструкції оцінити самих себе за відібраними рис особистості (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Зразок заповнення шкал ЛД

Фактор семантичного диференціала	**+/-**	**Риси особистості**	**+/-**	**Риси особистості**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
О	+	Чарівність	–	Непривабливість
С	–	Слабкий	+	Сильний
А	+	Балакучий	–	Мовчазний
О	–	Безвідповідальний	+	Добросовісний
С	+	Впертий	–	Поступливий
А	–	Замкнутий	+	Відкритий
О	+	Добрий	–	Егоїстичний
С	–	Залежний	+	Незалежний
А	+	Активний	–	Пасивний
О	–	Бездушний	+	Чуйний
С	+	Рішучий	–	Нерішучий
А	–	В'ялий	+	Енергійний

Закінчення таблиці 1.2

1	2	3	4	5
О	+	Справедливий	–	Несправедливий
С	–	Розслаблений	+	Напружений
А	+	Метушливий	–	Спокійний
О	–	Ворожий	+	Дружелюбний
С	+	Впевнений	–	Невпевнений
А	–	Відлюдькуватий	+	Товариський
О	+	Чесний	–	Нещирий
С	–	Несамостійний	+	Самостійний
А	+	Дратівливий	–	Незворушний

При застосуванні ЛД для дослідження самооцінок значення фактора *оцінки* (О) результати свідчать про рівень самоповаги. Високі значення цього чинника говорять про те, що випробовуваний приймає себе, немов особистість, схильний усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик, в певному сенсі задоволений собою.

Низькі значення фактора Про вказують на критичне ставлення людини до самої себе, його незадоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, на недостатній рівень прийняття самого себе. Особливо низькі значення цього чинника в самооцінках свідчать про можливі невротичних чи інших проблемах, пов’язаних з відчуттям малої цінності своєї особистості.

При використанні ЛД для вимірювання взаємних оцінок фактор О інтерпретується провісниками рівня привабливості, симпатії, яким володіє одна людина в сприйнятті іншої. При цьому позитивні (+) значення цього чинника відповідають Перевага, що надається об’єкту оцінки, негативні (-) – його отвержению.

Фактор *сили* (С) в самооцінці свідчить про розвиток вольових сторін особистості, як вони зізнаються самим піддослідним. Його високі значення говорять про впевненість у собі, незалежності, схильності розраховувати на власні сили у важких ситуаціях. Низькі значення

свідчать про недостатній самоконтролі, нездатності триматися прийнятої лінії поведінки, залежності від зовнішніх обставин і оцінок. Особливо низькі оцінки свідчать і вказують на астенизацию і тривожність. У взаємних оцінках фактор (С) виявляє відносини домінування – підпорядкування, як вони сприймаються суб'єктом оцінки.

Фактор *активності* (А) в самооцінках інтерпретується провісниками екстравертірованності особистості. Позитивні (+) значення вказують на високу активність, товариськість, імпульсивність; негативні (-) - на інтроверірованность, визначену пасивність, спокійні емоційно-смислові уявлення людини про самого себе та інших людях, його відносини, які можуть лише частково відповідати реальному стану справ, але часто самі по собі мають першорядне значення.

На думку авторів методики, її можна використовувати у всіх тих випадках, коли необхідно отримати інформацію про суб'єктивних аспектах відносин випробуваного до собі або іншим людям. У цьому відношенні ЛД зіставимо з двома категоріями психодіагностичних методів – з особистісними опитувач і соціологічними шкалами. Від особистісних опитувальників він відрізняється стислістю і прямотою, спрямованістю на дані самосвідомості. Деякі традиційні, отримані за допомогою опитувальників характеристики особистості можуть бути отримані за допомогою ЛД. Рівень самоповаги, домінантності–тривожності і екстраверсії–інтроверсії служить достатнім показником в таких клінічних завданнях, як діагностика неврозів, пограничних станів, диференціальна діагностика, дослідження динаміки стану в процесі реабілітації, контроль ефективності психотерапії і т.д. Стислість методу дозволяє використовувати його не тільки самостійно, але і в комплексі з іншими діагностичними процедурами.

Від социометрических методів ЛД відрізняється багатомірністю характеристик відносин і більшої їх узагальненістю.

Методики вивчення уваги

1. «Коректурна проба».

Мета: дослідження ступеня концентрації і стійкості уваги.

Матеріал: спеціальні бланки (стандартний аркуш формату А4) з рядами розташованих у випадковому порядку букв (цифр, фігур, може бути використаний газетний текст замість бланків).

Інструкція: на бланку з літерами (цифрами, формами) викресліть, переглядаючи ряд за рядом, всі букви «Е» (цифри 3, форму – коло). Через кожні 60 секунд по моїй команді відзначте вертикальною рисою, скільки знаків ви вже переглянули (встигли перевірити).

Можливі інші варіанти проведення методики: викреслювати буквозначення (наприклад, «НО») або викреслювати одну букву, а іншу підкреслювати.

Оцінка результатів: результати проби оцінюються за кількістю пропущених незачеркнутих знаків, за часом виконання або по кількості переглянутих знаків (рис. 1.1). Важливим показників є характеристика якості і темпу виконання (виражається числом опрацьованих рядків і кількістю допущених помилок за кожен 60-секундний інтервал роботи).

Кількість переглянутих рядків	**Кількість пропусків**	**Кількість помилок**

Рис. 1.1. *Бланк підрахунку результатів*

Концентрація уваги оцінюється за формулою

$$К – С х С / п,$$

де С – число рядків таблиці, переглянутих випробуваним; п – кількість помилок (пропусків або помилкових закреслень зайвих знаків). Помилкою вважається пропуск тих букв, які повинні бути закреслені, а також неправильне закреслення.

Стійкість уваги оцінюється по зміні швидкості перегляду протягом всього завдання. Результати підраховуються для кожних 60 секунд за формулою

$$А – S / t,$$

де *А* – темп виконання, S – кількість букв в переглянутої частини коректурної таблиці, t – час виконання.

За результатами виконання методики за кожен інтервал може бути побудована «крива виснажливості», що відображає стійкість уваги і працездатність в динаміці.

Показник переключеності обчислюється за формулою

$$C - S_a : S \times 100,$$

де S_a – кількість помилково опрацьованих рядків, S – загальна кількість рядків у проробленої випробуваним частині таблиці.

При оцінці переключення уваги випробуваний отримує інструкцію закреслювати різні літери в парних і непарних рядках коректурної таблиці.

2. «Таблиці Шульте»

Мета: визначення стійкості уваги і динаміки працездатності.

Матеріал: п’ять таблиць, на яких в довільному порядку розташовані числа від 1 до 25. Секундомір.

Інструкція: «У таблиці числа від 1 до 25 розташовані не по порядку. Покажіть і назвіть всі числа по порядку від 1 до 25. Постарайтеся це робити якомога швидше і без помилок».

Інструкція дається випробуваному при пред’явленні першої таблиці. Секундомір включається одночасно з початком виконання завдання. Друга, третя і наступні таблиці пред’являються без всяких інструкцій.

Оцінка результатів: основний показник час виконання, а також кількість помилок окремо по кожній таблиці. За результатами виконання кожної таблиці може бути побудована крива виснаженість (стомлюваності), що відображає стійкість уваги і працездатність в динаміці (рис. 1.2).

За допомогою даного тесту можна обчислити також ефективність в роботі (ЕР), ступінь врабативаемості (ВР), психічну стійкість (ПУ) (запропоновані А. Ю. Козирєвої).

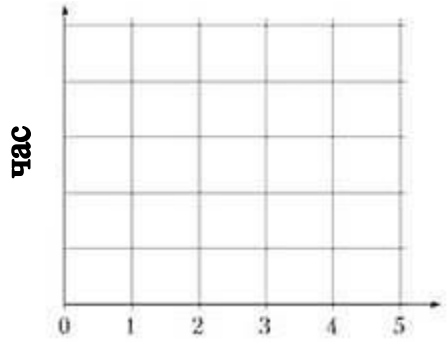


Рис. 1.2. *Форма для побудови кривої виснажливості*

Оцінка ЕР (у секундах) проводиться з урахуванням віку випробуваного.

$$ЕР – (Т_1 + Т_2 + Т_3 + Т_4 + Т_5) : 5,$$

де $Т_1$ – час роботи з першою таблицею; $Т_2$ – час роботи з другої таблицею; $Т_3$ – з третьої таблицею; $Т_4$ – з четвертої; $Т_5$ – з п’ятої.

$$ВР – Т_1 : ЕР.$$

Результат менше 1,0 – показник хорошої впрацьовуваності, відповідно, чим вище 1,0 даний показник, тим більше випробуваному потрібно часу на підготовку до основної роботи.

Психічна стійкість (витривалість) обчислюється за формулою

$$ПУ – Т_4 : ЕР.$$

Показник результату менше 1,0 говорить про хорошу психічної стійкості, відповідно, чим вище даний показник, тим гірше психічна стійкість випробуваного до виконання заданої роботи.

3. Методика Мюнстерберга

Мета: дослідження концентрації і вибірковості уваги, а також завадостійкості.

Матеріал: бланки стимульного матеріалу, ручка. Секундомір.

Інструкція: «Серед буквеного тексту є слова. Ваша завдання якнайшвидше зчитуючи текст, підкреслити ці слова». Час роботи – дві хвилини.

Стомлений матеріал: Прізвище, ім’я _____ Вік _____

мсолнцетривоьлоритмпрайонитпвныемспновостьзлтрнпиаемфактсивмм
снвтспвриманриспзаметрспиртмиарствопрокурорюбьтимсчявыавпрфтео

рияэждлорпахотмьаросюджвьтчныотгринпмцвмкапиртногоььтрмпаиснс пектакльэждлорпалю-бовьхлмгинэжвьчтныопипатныишинагнекуцймси-прадионпркиспчмьбкварталрписнмпрковотецждтспэждлоравыфйцкенгу нпппфтчпвопрпмеропврчиыпемавтобусзловтыешеткасивиспвмаеррозетк асиапмагазинсиврапеорвсторождбльшотиргнпмпродавецнрткамепинртх востиспвемамапврсикарсыниспвнармточасыюбьструбудильниклорпавы фцукецифрысмпримостолюбьтримюлаэждлжурналюжхьлщтошгригннн множимратвикроватьсиртеапсиврчтсоетарсивеынсюлаитрпмсама.

Оцінка вищих кіркових функцій

Оцінка вищих кіркових функцій найчастіше проводиться клінічним психологом при ураженнях головного мозку та черепно-мозкових нервів, коли виникають специфічні розлади мовлення, письма, рахунку і читання, цілеспрямованих дій. Специфічність цих порушень допомагає припустити розташування патологічного вогнища, що має велике діагностичне значення.

Мовленнєва діяльність – продукт соціального розвитку людства. Мовна функція – це складний умовно-безумовно-рефлекторний процес, що виникає і розвивається в онтогенезі людини на основі координованої діяльності багатьох підсистем головного мозку: аналізаторів, еферентних нервів і вставних підсистем між ними. Останні входять до механізми регуляції фонації (вимова елементарних звуків) і артикуляції (певні комбінації рухів м’язів, необхідні для вимови точного одного і, частіше, кількох звуків). Фонації здійснюється голосовими зв’язками, а артикуляція – за допомогою м’язів рота, язика, нижньої щелепи, неба, здійснюють фонації і артикуляцію, є не тільки виконавчими, а й беруть участь у формуванні мови (особливого виду коду) за допомогою зворотного зв’язку (пропріоцептивної і тактильної афференції). При впливі на людину різних простих і складних умовних подразників (наприклад, па сказане слово, на поєднання умовних знаків, звуків) виробляються умовні мовні рефлекси. Кора мозку, де замикаються ці умовні мовні рефлекси, відноситься до другої сигналь-

ної системи, яка існує тільки у людини. Дані рефлекси мають сенсорну і моторну частини дуг.

У лівій півкулі кори у дорослої людини розташовані беруть участь в утворенні умовних мовних рефлексів області, ураження яких викликає порушення мови вищого сигнального характеру: дисфонія, афонія, гугнявість, параліч і атрофія мови, анартрия, дизартрія, атаксична дизартрія, браділалія, тахілалія, паліхілалія (при ураженні рухових черепно-мозкових нервів), моторна афазія, транскортікальная моторна афазія, моторна алалія (мовної ембол), сенсорна афазія (сенсорна аграфія, вербальна парафазия, логорея, жаргоноафазія, персерваціі, сенсорна алексія), сенсорна алалія, тотальна афазія, амнестическая афазія, мовна акинезия (при ураженні кори головного мозку).

Перед дослідженням шляхом розпиту необхідно з'ясувати, чи не є обстежуваний прихованим лівшею. Слід також встановити, чи були лівші в роду хворого, а потім запропонувати тести для виявлення прихованого ліворукості:

- ***Тест переплетення пальців руки.*** При швидкому виконанні цього тесту у лівші великий палець лівої руки виявляється зверху правого. При розташуванні великого пальця правої руки над лівим прихований лівша відчуває незручність;
- ***Тест «поза Наполеона».*** При схрещуванні рук на грудях у прихованого лівші ліва рука розташовується поверх правої;
- ***Проба на аплодування.*** Обстежуваний зі стертими ознаками ліворукості аплодує за активної участі лівої руки при відносно пасивному положенні правою.

Іноді ознакою прихованого ліворукості є велика ширина нігтя лівого мізинця, ніж правого.

Дослідження стану мовної функції полягає у вивченні функціональної діяльності речесенсорного й мовленнєвого аналізаторів.

Вивчення речесенсорного аналізатора включає дослідження:

- Фонематичного слуху;
- Розуміння слова;
- Розуміння простих речень;
- Розуміння логіко-граматичних структур.

Дослідження *фонематичного слуху* проводиться за допомогою певних прийомів. Хворому пропонують повторити різко розрізняються фонеми (М-Р, П-С, Б-Н), а потім близькі за звучанням (Б-П, П-Б, Д-Т, Т-Д, К-Г, Г-К) .

При дослідженні розуміння слів хворому пропонують окремі слова, значення яких він словесно визначає або показує на предмет (вухо, ніс, очі), який цим словом позначається. Хворі, які страждають сенсорної афазією, нс сприймають пред'явлені слова досить чітко, а тому не можуть зрозуміти їх значення.

При проведенні дослідження розуміння простих речень хворому задають ряд простих і складних питань, на які він повинен відповісти. Потім йому представляють ряд простих фраз певного змісту, після яких він повинен знайти картинку, відповідну цій фразі. Далі виробляється проба П'єра Марі, яка полягає у виконанні трьох послідовних дій, сформульованих в реченні (наприклад, «візьміть книгу, покладіть на вікно, а тарілку дайте мені»). При ураженні речесенсорного аналізатора розуміння простих речень може бути ускладнене.

Один з варіантів дослідження розуміння логіко-граматичних структур: перед хворим кладуть три предмети (олівець, ключ і гребінець) і дають завдання спочатку показати олівцем ключ, а потім гребінець. Потім інструкцію повторюють, але в орудному відмінку: «Покажіть ключ олівцем, а олівець – гребінцем». Після цього знову поміняти завдання: «Покажіть олівець гребінцем, а ключ – олівцем».

Хворий з ураженням скроневої області лівої півкулі не може виконати перше завдання інструкції. Страждаючий поразкою тім'яно-потиличних областей виконує перший задні без праці, але нс може впоратися з другим.

Ступінь сенсорної афазії може бути різною: при різких її проявах хворий не розуміє жодного слова. При афазії середнього ступеня хворий може зрозуміти окремі слова, нерідко вживалися в дитинстві і навіть елементарні фрази. При легкому прояві сенсорної афазії порушується розуміння складних в смисловому плані фраз і прислів'їв.

Дослідження речедвигательного аналізатора включає вивчення:

- Артикуляції мовних звуків;
- Відбитої мови;
- Позначає функції мови;
- Оповідної мови.

При проведенні дослідження ***артикуляції мовних звуків*** хворого просять вимовити окремі букви «м, б, л, ж, к, г», склади «бра, бро, бру, бре» або слова, наприклад, «гай, лакування, підшипник, важіль, жираф, кисляк, корабельна аварія, інтервенція». Відзначається чіткість вимовляння звуку. Порушення артикуляції може спостерігатися при ураженні різних рівнів головного мозку.

Дослідження ***відображеної (повторної) мови.*** Хворий повинен негайно (без паузи) або через 3–10 секунд повторити вслід за дослідником кілька слів (лампа, багаття, сонце, замок) Це завдання виявляє порушення, характерні для моторної афазії, особливо, якщо повторюється ціла фраза. Легко повторюючи окремі звуки, хворі не можуть повторити слова і фразу, що обумовлюється патологічної інертністю в речедвігательном аналізаторі.

При дослідженні ***позначає функції мови*** хворому показують предмети або їх зображення, які він повинен назвати. Рекомендується, щоб він назвав відразу два-три предмети. Потім хворому задають питання: як називається предмет, який показує час, і т.д. Нерідко доводиться підказувати перший склад назви предмета. Порушення позначає функції мови спостерігається при амнестической і сенсорної афазії.

При дослідженні ***оповідної мови*** хворому показують просту сюжетну картинку, сюжет якої він повинен переказати, або читають короткий розповідь, яку він повинен переказати в оповідної формі. Іноді можна попросити хворого розповісти зміст знайомого художнього твору (книги, картини і т.д.). При такому дослідженні виявляються парафазии: літературна (перестановка і заміна букв у слові) і вербальна (заміна слів у реченні).

Ступінь прояву моторної афазії може бути різною. При різко вираженою афазії мова неможлива або обмежена звичними словами, нерідко вигуками. При середньому ступені вираженості моторної афа-

зії у хворого є невеликий запас слів: «тато», «мама», «так». При легкій моторної афазії спостерігається бідність словникового запасу, утруднення в підборі необхідних слів.

Письмова мова – засіб спілкування людей за допомогою певних графічних знаків, що відображають усну мову, думки, що закріплює їх у часі і є одним з основних способів передачі їх на відстані. Вищі регулюючі механізми письмової мови розташовуються в лівій півкулі. Лист є складним умовно-рефлектор процесом, переважно здійснюється за допомогою речедвігатсльного, речесенсорного, зорового і рухового аналізаторів. Ураження цих аналізаторів і еферентних підсистем (пірамідної, екстрапірамідної та мозочкової регуляції) обумовлює різні прояви порушення листи, які в основному виявляються в двох формах: аналітико-синтетичних порушеннях листи і зміні почерку.

Методика дослідження писемного мовлення включає тексти:

- Списування букв, слів, пропозицій;
- Лист під диктовку;
- Лист на пам’ять – виклад добре відомого вірша (при цьому виявляється наявність парарафії);
- Запис показуються обстежуваному предметів;
- Запис відповідей обстежуваного на поставлені питання.

При *аграфії* у хворого зберігається можливість списування тексту і підписування свого прізвища (тобто збережені рухові стереотипи), але є грубі порушення письмового відтворення тексту під диктовку, а також самостійного письма.

При *персеверації* в написаному хворим тексті виявляються незрозумілі для оточуючих слова. Причому, застосувавши один раз позначення для предмета, хворий застряє на ньому, неадекватно використовуючи його в наступних пропозиціях.

Аграфія при моторної афазії характеризується тим, що хворий нс може писати при повній цілості необхідних для цього довільних рухів кистей і пальців. При не різко вираженою моторної афазії спостерігається спотворення написання слів, зокрема послідовності складів (параграф). При цьому пропозиції хворий будує граматично неправильно.

Порушується правильність чергування, розстановка слів у реченні (актографія). Спотворення нарисної зображення (величини і форми) письмових знаків внаслідок порушення правильного сприйняття простору проявляється в оптико-просторової афазії. Почерк таких хворих характеризується нерівномірністю букв, їх незграбністю, нестійким напрямком рядка. Поразка тім'яно-потиличної області лівої півкулі іноді проявляється «дзеркальним» листом (хворий починає писати всі букви в перевернутому положенні, нс усвідомлюючи помилковості свого листа).

Дослідження і розлади процесу читання

Розлади процесу читання можуть бути обумовлені:

- Порушенням умовно-рефлекторних зв'язків між зоровим, рече-двігательним і речесенсорним аналізаторами (алексія);
- Поразкою еферентних шляхів безумовних механізмів мови.

В залежності від локалізації ураження може спостерігатися дизартричне або тихе, монотонне або скандувати читання.

Методика дослідження порушення читання полягає в наступному:

- Читання вголос букв, слів, пропозицій;
- Читання про себе (наприклад, взяти склянку і налити воду).

Цей текст допомагає визначити засвоєння сенсу написаного і правильне виконання завдання написати текст.

Алексія при зоровій агнозії – результат невпізнавання букв, яке спостерігається при ураженні лівої тім'яної частки.

Алексія, що поєднується з моторної афазією, може виражатися:

- У важких випадках – у неможливості читання вголос при схоронності читання про себе і розумінні прочитаного;
- В паралексії (неправильна перестановка букв або слів) при гучному читанні, що поєднується з вираженою дизартрією;
- В персеверації (застрявання на якомусь слові) при читанні.

Алексія, що поєднується з сенсорною афазією, може спостерігатися в трьох варіантах:

- Відсутність розуміння прочитаного;

- Збереження читання букв і слів при повній відсутності розуміння прочитаного;
- Повна неможливість читання букв і слів.

При **дослідженні процесу рахунки** хворому пропонується:

- 1) прорахувати прості і складні багатозначні числа (23, 49, 79, 584, 1878, 13729);
- 2) визначити відмінність у значенні симетрично написаних чисел (71 – 17, 09 – 90);
- 3) виявити знання таблиці множення;
- 4) провести додавання і віднімання в межах двох десятків;
- 5) письмово вирішити прості, а потім і складні завдання на додавання, віднімання, множення і ділення.

Для визначення усвідомленості рахункових операцій використовуються елементарні і складні завдання, наприклад:

- 10 ... 2 = серпня 1134 ... 2 = +1132
- 10 ... 2 = травня 1134 ... 2 = 567
- 10 ... 2 = грудень 1134 ... 2 = тисяча сто тридцять шість

Обстежуваний повинен поставити бракуючий знак.

Іноді хворі не можуть вказати, яка цифра означає тисячі, сотні, десятки і одиниці.

Порушення рахунку – *акалькулія* – виникає при ураженні лобової частки (премоторної) і нижнетеменной областей лівої півкулі мозку.

Методики вивчення мислення

Розроблено велику кількість методик для дослідження мислення, кожна з них досліджує свій аспект. Так, наприклад, методика «Тлумачення прислів'їв» спрямована на дослідження рівня, цілеспрямованості мислення, вміння розуміти і оперувати переносним змістом тексту, диференційованість і цілеспрямованості суджень, ступеня їх глибини, рівень розвитку мовних процесів; методика «Прості аналогії» виявляє характер логічних зв'язків і відносин між поняттями; методика «Складні аналогії» використовується для виявлення того, наскільки випробуваному доступне розуміння складних логічних відносин і виділення

абстрактних зв'язків; методика «Порівняння понять» – для дослідження операцій порівняння, аналізу та синтезу в мисленні.

Психолог повинен вміти оперувати декількома методиками не тільки через різних аспектів їх дослідження, а й через стимульного матеріалу. Для роботи необхідні методики вербальні і невербальні, якщо доведеться працювати з хворими, що мають пов'язані із зором захворювання, або з особами похилого віку.

Наведемо короткий опис деяких методик.

1. «Виключення зайвого» (предметний варіант).

Мета: дослідження здатності до узагальнення і абстрагування, вміння виділяти суттєві ознаки.

Матеріал: набір карток із зображенням чотирьох предметів на кожній.

Інструкція: «Подивіться на ці малюнки, тут намальовано чотири предмети, три з них між собою подібні, і їх можна назвати однією назвою, а четвертий предмет до них не підходить. Скажіть, який з них зайвий і як можна назвати інші три, якщо їх об'єднати в одну групу?»

Дослідник разом з випробуваним вирішують і розбирають перше завдання. Решта випробуваний в міру можливості розбирає самостійно. Якщо він відчуває труднощі, дослідник задає йому пряме запитання. У протоколі записують номер картки, назва предмета, який випробуваний виключив, слово або вираз, за допомогою якого він позначив інші три, пояснення, всі питання, які йому були задані, і його відповіді.

2. «Виключення зайвого» (словесний варіант).

Матеріал: бланк з надрукованими серіями з п'яти слів (рис. 1.3).

Інструкція: «Тут у кожному рядку написано п'ять слів, з яких чотири можна об'єднати в одну групу і дати їй назву, а одне слово до цієї групи не відноситься. Його потрібно знайти і виключити (словесно або викреслити)».

Інтерпретація

1	Стіл, стілець, ліжко, підлога, шафа
2	Молоко, вершки, сало, сметана, сир

3	Черевики, чоботи, шнурівки, валянки, тапочки
4	Молоток, кліщі, пилка, цвях, сокира
5	Солодкий, гарячий, кислий, гіркий, солоний
6	Береза, сосна, дерево, дуб, ялина
7	Літак, віз, людина, корабель, велосипед
8	Василь, Федір, Семен, Іванчук, Петро
9	Сантиметр, метр, кілограм, кілометр, міліметр
10	Токар, вчитель, лікар, книга, космонавт
11	Глибокий, високий, світлий, низький, дрібний
12	Дім, мрія, машина, корова, дерево
13	Скоро, швидко, поступово, квапливо, поспішно
14	Невдача, хвилювання, поразка, провал, крах
15	Ненависть, зневажати, обурюватися, непокоїтися, розуміти
16	Успіх, невдача, удача, виграш, спокій
17	Сміливий, хоробрий, рішучий, злий, відважний
18	Футбол, волейбол, хокей, плавання, баскетбол
19	Грабунок, крадіжка, землетрус, підпал, напад
20	Олівець, ручка, рейсфедер, фломастер, чорнила

Рис. 1.3. *Бланк для словесного варіанта*

Якщо випробуваний справляється з першими трьома–чотирма завданнями і помиляється у міру їх ускладнення чи він вірно вирішує завдання, але нс може пояснити своє рішення, підібрати назву групі предметів, то можна зробити висновок про його інтелектуальної недостатності.

Якщо випробуваний пояснює причину об’єднання предметів в одну групу не з їхньої родовим або категоріальним ознаками, а за ситуаційним критеріям (тобто придумує ситуацію, в якій якось беруть участь всі предмети), то це показник конкретного мислення, невміння будувати узагальнення за істотними ознаками.

У табл. 1.3 представлена шкала для оцінки рівня операції узагальнення.

Таблиця 1.3

Шкала для оцінки рівня розвитку операції узагальнення

Число балів		Характеристика рішення задач
1	**2**	
		Досліджуваний правильно і самостійно називає родове поняття для позначення:
5	–	– об'єднаних в одну групу предметів (слів);
–	5	– «зайвого» предмета (слова)
		Спочатку родове поняття називає неправильно, потім сам виправляє помилку:
4	–	– для позначення предметів (слів) об'єднаних в одну групу;
–	4	– для позначення «зайвого» предмета
		Самостійно дає описову характеристику родового поняття для позначення:
2,5	–	– об'єднаних в одну групу предметів (слів);
–	2,5	– «зайвого» предмета (слова)
		Те саме, але з допомогою дослідника для позначення:
1	–	– предметів (слів) об'єднаних в одну групу;
–	1	– «зайвого» предмета
		Не може визначити родове поняття і не вміє використовувати допомогу для визначення:
0	–	– предметів (слів) об'єднаних в одну групу;
–	0	– «зайвого» предмета

3. «Числові ряди».

Мета: дослідження логічного аспекту математичного мислення.

Матеріал: аркуш паперу з надрукованими на ньому прикладами.

Інструкція: «Вам пред'явлені сьомій числових рядів. Ви повинні знайти закономірності побудови кожного ряду і вписати відсутні числа». Час виконання роботи – п'ять хвилин.

1. 24 21 19 18 15 13 __ __ 7
2. 1 4 9 16 __ __ 49 64 81 100
3. 16 17 15 18 14 19 __ __
4. 1 3 6 8 16 18 __ __ 76 78

5. 7 16 9 5 21 16; 9 __ 4
6. 2 4 8 10 20 22 __ __ 92 94
7. 24 22 19 15 __ __

Ключ до обробки:

- 1. 12 вересня
- 2. 25 36
- 3. 13 20
- 4. 36 38
- 5. 13
- 6. 44 46
- 7. 4 жовтня

Інтерпретація: якщо випробуваний утрудняється при вирішенні подібних завдань, це може означати, що він погано аналізує цифровий матеріал, не бачить в ньому прихованих закономірностей, тому не може ними скористатися, отже, його логічне мислення математики розвинене слабо.

4. «Виділення істотних ознак»

Мета: дослідження особливостей мислення, здатності диференціації істотних ознак предметів чи явищ від несуттєвих, другорядних. За характером виявлених ознак можна судити про переважання того чи іншого стилю мислення – конкретного чи абстрактного (табл. 1.4).

Матеріал: бланк з надрукованими на ньому рядами слів. Кожен ряд складається з п’яти слів в дужках і одного – перед дужками.

Інструкція: «У кожному рядку бланка ви знайдете одне слово, що стоїть перед дужками, і далі – п’ять слів в дужках. Всі слова, що знаходяться в дужках, мають якесь відношення до стоїть перед дужками. Виберіть тільки два, які знаходяться в найбільшій зв’язку зі словами перед дужками».

Інтерпретація: наявність в більшій мірі помилкових суджень свідчить про переважання конкретно-ситуаційного стилю мислення над абстрактно-логічним. Якщо випробуваний дає спочатку помилкові відповіді, але потім їх виправляє, то це можна інтерпретувати як поспішність та імпульсивність.

Оцінка результатів здійснюється за формою, представленої в табл. 1.5.

Таблиця 1.4

Шкала для оцінки стилю мислення

№ з/п	Бланк	Відповідь
1	Сад (рослини, садівник, собака, паркан, земля)	Рослини, земля
2	Річка (берег, риба, рибалка, тіна, вода)	Берег, вода
3	Місто (автомобіль, будівлі, натовп, вулиця, велосипед)	Будівлі, вулиця
4	Сарай (сіновал, кінь, дах, худоба, стіни)	Дах, стіни
5	Куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево)	Кути, сторона
6	Ділення (клас, дільник, олівець, ділене, папір)	Ділене, дільник
7	Каблучка (діаметр, алмаз, проба, коло, золото)	Діаметр, коло
8	Читання (очі, книга, текст, окуляри, слово)	Очі, текст
9	Газета (правда, подія, кросворд, папір, редактор)	Папір, редактор
10	Гра (карти, гравці, фішки, покарання, правила)	Гравці, правила
11	Війна (літак, гармати, битва, рушниця, солдати)	Битва, солдати
12	Книга (рисунки, розповідь, папір, зміст, текст)	Папір, текст
13	Спів (дзвін, мистецтво, голос, оплески, мелодія)	Голос, мелодія
14	Землетрус (пожежа, смерть, коливання ґрунту, шум, паводок)	Коливання ґрунту, шум
15	Бібліотека (столи, книги, читальний зал, гардероб, читачі)	Книги, читачі
16	Ліс (ґрунт, гриби, мисливець, дерево, вовк)	Ґрунт, дерево
17	Спорт (медаль, оркестр, змагання, перемога, стадіон)	Змагання, перемога
18	Лікарня (приміщення, уколи, лікар, термометр, хворі)	Лікар, хворі
19	Любов (троянди, почуття, людина, побачення, весілля)	Почуття, людина
20	Патріотизм (місто, друзі, родина, сім’я, людина)	Родина, людина

Таблиця 1.5

Оцінка результатів дослідження особливостей мислення

Оцінка в балах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кількість правильних відповідей	20	–	19	18	16–17	14–15	12–13	10–11	9

Наведений перелік методик, якими повинен користуватися психолог, досліджуючи мислення хворих, далеко не повний.

Методики дослідження пам'яті

1. «Заучування 10 слів», (методика запропонована А. Р. Лурія).

Мета: Оцінка стану пам'яті, стомлюваності, активності уваги.

Матеріал: Протокол з дев'ятьма короткими односкладовими і двоскладовою словами, не мають між собою ніякого зв'язку (див. протокол).

Інструкція:

- 1) «Зараз я прочитаю кілька слів. Слухайте уважно. Коли я закінчу читати, відразу ж повторіть стільки слів, скільки запам'ятайте. Повторювати слова можна в будь-якому порядку»;
- 2) «Зараз я знову прочитаю вам ті ж слова, і ви знову повинні повторити їх, – і ті, які вже назвали, і ті, які в перший раз пропустили. Порядок слів неважливий».

Далі досвід триває без інструкцій. Перед наступними трьома – п'ятьма прочитаннями експериментатор просто каже: «Ще раз». Після п'яти-шестиразового повторення слів експериментатор говорить випробуваному: «Через годину ви ці слова назвете мені ще раз».

На кожному етапі дослідження заповнюється протокол (рис. 1.4). Під кожним відтвореним словом в рядку, яка відповідає номеру спроби, ставиться хрестик. Якщо випробуваний називає «зайве» слово, воно фіксується у відповідній графі. Через годину випробуваний на прохання дослідника відтворює без попереднього зачитування запам'яталися слова, які фіксуються в протоколі кружечками.

Протокол

Прізвище, ім’я _____ Вік _____

Номер проби	**Ліс**	**Хліб**	**Вікно**	**Стілець**	**Вода**	**Кінь**	**Гриб**	**Брат**	**Мед**	**Голка**
1										
2										
3										
4										
5										
6										
Через годину										

Рис. 1.4. *Протокол дослідження пам’яті*

Інтерпретація результатів: за отриманим протоколом складається графік, «крива запам’ятовування» (рис. 1.5). За формою кривої можна зробити висновки щодо особливостей запам’ятовування. Так, у здорових людей з кожним відтворенням кількість правильно названих слів збільшується, у хворих – відтворення падає, відтворюється меншу кількість, відбувається «застрявання» на зайвих словах. Велика кількість «зайвих» слів свідчить про расторможенности або розладах свідомості. При обстеженні дорослих до третього повторення випробовувані з нормальною пам’яттю відтворюють правильно до дев’яти або десяти слів.

Крива запам’ятовування може вказувати на ослаблення уваги, на виражену стомлюваність. Підвищена стомлюваність реєструється в тому випадку, якщо випробуваний відразу відтворив вісім-дев’ять слів, але з кожним разом все менше і менше (крива на графіку не зростає, а знижується). Крім того, якщо випробуваний відтворює все менше і менше слів, це може свідчити про забудькуватості і неуважності. Зигзагоподібний характер кривої свідчить про нестійкість уваги. Крива,

що має форму плато, свідчить про емоційну млявості. Число слів, утриманих і відтворених через годину, свідчить про довготривалої пам'яті.

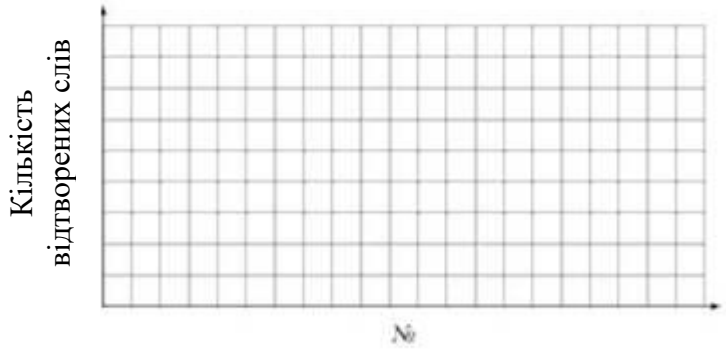


Рис. 1.5. *Форма для побудови кривої запам'ятовування*

2. «Пам'ять на образи».

Мета: обстеження образної пам'яті (методика може використовуватися для профорієнтації).

Матеріал: таблиця з образами (рис. 1.6) (розмір зразка – $^1/_2$ аркуша формату А4).

Інструкція: «Вам буде представлена таблиця з образами (показ таблиці). Ваше завдання полягає в тому, щоб за 20 секунд запам'ятати якомога більше образів. Через 20 секунд я приберу таблицю, і ви повинні будете намалювати або записати (висловити словесно) образи, які запам'ятали».

Оцінка результатів: проводиться за кількістю правильно відтворених образів. Норма – сім правильних відповідей.

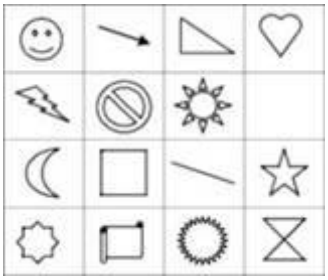


Рис. 1.6. *Приблизний стомлений матеріал до методики*

Оцінка результатів дослідження: підраховується кількість правильно відтворених образів. У нормі – це шість і більше правильних відповідей.

Оцінка в балах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кількість відтворених образів	15–16	13–14	10–12	7–9	6	5	4	3	1–2

3. «Пам'ять на числа»

Мета: оцінка короткочасної зорової пам'яті, її обсягу і точності.

Матеріал: таблиця з 12 двозначними числами (рис. 1.7) (розмір 1/2 аркуша формату А4).

Інструкція: «Вам буде представлена таблиця з числами. Ваше завдання полягає в тому, щоб за 20 секунд запам'ятати якомога більше чисел. Через 20 секунд таблицю приберу і ви повинні будете записати (перерахувати усно із зазначенням місця розташування того чи іншого числа) всі ті числа , які ви запам'ятали».

Оцінка результатів дослідження: за кількістю правильно відтворених чисел проводиться оцінка короткочасної зорової пам'яті. Максимальна кількість інформації, що може зберігатися в короткочасній, інакше – оперативною, пам'яті – 10 одиниць матеріалу. Середній рівень: шість-сім одиниць.

13	91	47	39
65	83	19	51
23	94	71	87

Рис. 1.7. *Примірний стомлений матеріал*

Дослідження рівня домагань

Вперше експеримент по дослідженню рівня домагань був розроблений в школі німецького психолога К. Левіна його учнем Ф. Хоппе (1927). Сучасні дослідження цієї проблеми систематизовані і викладені в книзі Л. В. Бороздіна «Дослідження рівня домагань».

Рівень домагань особистості визначається тим, якою мірою труднощі мети вибирає людина серед значущих для нього справ. Механізм целеобразованія на відміну від успіху діяльності не очевидний.

Однак люди розрізняються різними стратегіями цілеутворення. Рівень домагання – це не конкретний зміст мети, а те, як людина вибирає цілі теперішнього моменту, керуючись моделлю бажаного майбутнього і наближаючись до бажаного успіху.

У літературі робилися спроби простежити формування рівня домагань. Для цього підбирався ряд штучних справ, у яких випробовувані не мали досвіду. Виявилося, що кожен суб'єкт приступає до роботи з уже сформованим рівнем домагань. Одні люди, незважаючи на явний неуспіх у першій діяльності, коли переходять до нової, знову починають з високого рівня домагань. Інші починають кожну нову діяльність з найнижчим рівнем домагань, хоча фактичні досягнення були цілком прийнятними.

Висота домагань тісно пов'язана з їх широтою. Досягнутий високий рівень домагань широко іррадіює і переноситься на інші справи. У цьому сенсі бажання досягти успіху у всіх починаннях – стійке властивість особистості.

Особливо відзначимо, що в літературі висловлюється ідея про вплив на висоту домагань культурних чинників. Ф. Хоппе, творцеві експериментальної методики, досить часто не вдавалося отримати низькі рівні домагань своїх піддослідних. К. Левін неодноразово згадував цей факт і підкреслював, що людям західної культури притаманний вектор, спрямований вгору у виборі цілей, – схильність намічати завдання, що перевершують отриманий результат, підтримуючи свої досягнення аж до ліміту своїх здібностей.

Рівень домагань задається здібностями, темпераментом, самооцінкою, наявністю далеких перспектив особистості і змістом образу майбутнього та іншими факторами.

У літературі описуються різноманітні варіанти завдань, які застосовуються для проведення експерименту «рівень домагань». Зокрема, в даний час стали широко використовувати так звану пробу Шварцландера.

Для проведення експерименту необхідно заздалегідь приготувати бланки з чотирма прямокутними секціями, кожна з яких складається з

маленьких квадратів. Завдання мотивується як тест на моторну координацію: потрібно якнайшвидше заповнити кожен квадрат хрестиком. Час заповнення кожної секції реєструється за допомогою секундоміра.

Перед кожною новою пробою випробуваного просять назвати ту кількість квадратів, яке, як він припускає, може заповнити хрестиками протягом 10 секунд. Проект записується у верхню велику клітинку кожній секції. Після кожної проби, яка починається і закінчується по сигналу експериментатора, випробовуваний підраховує кількість реально заповнених квадратів і записує це число у верхній великий осередку прямокутної секції. Важливо, щоб кількість проектованих і реально заповнених квадратів записував сам випробовуваний.

Метод дослідження рівня суб'єктивного контролю (УСК)

Дана експериментально-психологічна методика дозволяє порівняно швидко і ефективно оцінити сформований у випробуваного рівень суб'єктивного контролю над різноманітними життєвими ситуаціями і придатна для застосування в клінічній психодіагностики. Розроблено в НДІ ім. В. М. Бехтерева.

Вперше подібні методики були апробовані в 1960-х рр. в США. Найбільш відомою з них є шкала локусу контролю Дж. Роттера. Ця шкала заснована на двох принципових положеннях.

1. Люди різняться між собою по тому, як і де вони локалізують контроль над значними для себе подіями. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний і інтернальний. У першому випадку людина вважає, що відбуваються з ним події результат дії зовнішніх сил – обставин, інших людей і т.д. У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат власної діяльності. Будь-якій людині властива певна позиція на континуумі, що тягнеться від екстернального до інтернального типу.

2. Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний але відношенню до будь тинаму подій і ситуацій, з якими йому доводиться стикатися. Один і той же тип контролю характеризує поведінку даної особи і в разі невдач, і в сфері досягнень, причому це різною мірою стосується різних областей соціального життя.

Експериментальні роботи встановили зв'язок різноманітних форм поведінки і параметрів особистості з екстернальність – інтернальністю. Конформне і поступливий поведінка більшою мірою притаманне людям з екстернальним локусом. Інтернали на відміну від екстерналів менш схильні підкорятися тиску інших, чинять опір, коли відчувають, що ними маніпулюють, вони реагують сильніше, ніж екстернали, на втрату особистої свободи. Людям з Інтернальний локусами контролю краще працювати на самоті, ніж під наглядом або при відеозапису. Для екстерналів характерно зворотне.

Інтернали і екстернали розрізняються за способами інтерпретації різних соціальних ситуацій, зокрема за способами отримання інформації та за механізмами їх каузального пояснення. Інтернали активніше шукають інформацію і зазвичай обізнані про ситуацію більш, ніж екстернали. В одній і тій же ситуації інтернали атрібутіруют велику відповідальність індивідам, які беруть участь у цій ситуації. Інтернати більшою мірою уникають ситуаційних пояснень поведінки, ніж екстернали.

Дослідження, що зв'язують інтернальність–екстернальність з міжособистісними відносинами, показали, що інтернали більш популярні, більш доброзичливі, більш впевнені в собі, проявляють більшу терпимість. Існує зв'язок високою інтернальності з позитивною самооцінкою, більшою узгодженістю образів реального і ідеального «Я». У інтерналів виявлена більш активна, ніж у екстерналів, позиція по відношенню до свого здоров'я: вони краще інформовані про свій стан, більше піклуються про своє здоров'я і частіше звертаються за профілактичною допомогою.

Екстернальність корелює з тривожністю, депресією, психічними захворюваннями.

Інтернали воліють недирективна методи психокорекції; екстернали суб'єктивно більш задоволені поведінковими методами.

Все це дає достатні підстави вважати, що виділення особистісної характеристики, що описує те, якою мірою людина почувається активним суб'єктом власної діяльності і в якій – пасивним об'єктом

дії інших людей і зовнішніх обставин, обгрунтовано існуючими емпіричними дослідженнями і може сприяти подальшому вивченню проблем прикладної психології особистості (А. Г. Асмолов, Є. Ф. Бажин, С. А. Голинкіна, А. М. Еткінд та ін.).

Друге положення, на якому ґрунтується американська традиція дослідження локусу контролю, представляється малоприйнятною. Опис особистості за допомогою узагальнених транссітуативних характеристик є недостатнім. Більшості людей властива більш-менш широка варіабельність особливостей поведінки залежно від конкретних соціальних ситуацій. Особливості суб'єктивного контролю, зокрема, можуть змінитися у одного і того ж людини залежно від того, представляється йому ситуація складної чи простий, приємною чи неприємною і т.д., тому вимірювання локусу контролю, мабуть, більш перспективно будувати не як одночасну характеристику, а як багатовимірний профіль, компоненти якого прив'язані до типів соціальних ситуацій різного ступеня узагальненості.

Опитувальник УСК складається з 44 пунктів, в які, на відміну від шкали Дж. Роттера, включені пункти, що вимірюють екстернальність–інтернальність в міжособистісних, сімейних відносинах, а також вимірюють ставлення до хвороби і здоров'ю.

Як показали дослідження, проведені на здорових випробовуваних, відповіді на вагу пункти опитувальника мають достатній розкид: жодна з половин шкали не вибирають рідше, ніж в 15 % випадків. Результати заповнення опитувальника окремим випробуваним перетворюються в стаціонарну систему одиниць і можуть бути наочно представлені у вигляді профілю суб'єктивного контролю.

Показники опитувальника УСК організовані відповідно до принципу ієрархічної структури систем регуляції діяльності таким чином, що включають в себе узагальнений показник індивідуального УСК, інваріативної до приватних ситуацій діяльності, два показники середнього рівня спільності і ряд ситуаційних показників.

1. Шкала *загальної інтеріальності* (Іо). Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-

якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті було результатом їх власних дій, що вони можуть ними керувати, і, таким чином, вони відчувають власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. Низький показник за шкалою відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі випробувані не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток і вважають, що більшість їх є результатом випадку або дій інших людей.

2. Шкала *інтеріальності в області досягнень* (Ід). Високі показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі досягли всього того доброго, що було і є в їх житті, і що вони здатні з успіхом йти до поставлених ними цілям в майбутньому. Низькі показники за шкалою Ід свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення і радості зовнішнім обставинам – везінню, щасливій долі або допомоги інших людей.

3. Шкала інтернальності *в області невдач* (Їм). Високі показники за даною шкалою говорять про розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що проявляється у схильності звинувачувати самого себе в різноманітних неприємностях і стражданнях. Низькі показники Ін свідчать про те, що випробуваний схильний приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

4. Шкала інтернальності *в області сімейних відносин* (І (). Високі показники Іс означають, що людина вважає себе відповідальним за події, що відбуваються в його сімейному житті. Низький Іс вказує на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають у його родині.

5. Шкала інтернальності *в області виробничих відносин* (Іп). Високий Іп свідчить про те, що людина вважає свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності в складних відносинах в колективі, своєму просуванні і т.д. Низький Іп вказує на те, що

випробуваний схильний приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам – керівництву, товаришам по роботі, везінню – невдачі.

6. Шкала інтернальності *стосовно здоров'я і хвороби* (I,). Високі показники I (свідчать про те, що випробуваний вважає себе багато в чому відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то звинувачує в цьому себе і вважає, що одужання в основному залежить від його дій. Людина з низьким I. (вважає здоров'я і хвороба результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, насамперед лікарів.

Валідність шкал ІБК демонструється їх зв'язками з іншими характеристиками особистості, виміряними, зокрема, за допомогою особистісного опитувальника Кеттелла. Людина з низьким суб'єктивним контролем (який вважає, що він мало впливає на те, що з ним відбувається, і схильний вважати свої успіхи і невдачі наслідком зовнішніх обставин) емоційно нестійкий (фактор -С), схильний до неформального поведінки (фактор -С), малообщітелен (фактор + *(¿1),* у нього поганий самоконтроль (фактор - () 3) і висока напруженість (фактор + *0, л).* Людина з високим показником суб'єктивного контролю володіє емоційною стабільністю (фактор + *С),* завзятістю, рішучістю (+ (?), товариськістю (фактор - (22), хорошим самоконтролем (фактор + <23) і стриманістю (фактор -*О ^).* Істотно, що інтелект (фактор *В)* і багато факторів, пов'язані з екстраверсією-интроверсией, не корелюють ні з Іо, ні з ситуативними характеристиками суб'єктивного контролю.

Суб'єктивний контроль над позитивними подіями (досягнення, успіхи) більшою мірою корелюють з силою «его» (фактор + *С),* самоконтролем (фактор соціальної екстраверсією (фактори + *А,* - (22)> ніж суб'єктивний контроль над негативними подіями (неприємності, невдачі). Однак люди, які не відчувають відповідальності за невдачі, частіше виявляються більш практичними, діловими (фактор + *М),* ніж люди з сильним контролем в цій області, що нехарактерно для суб'єктивного контролю над позитивними подіями.

Первинні статистичні характеристики і интеркорреляции шкал опитувальника УСК наведено в табл. 1.6.

Таблиця 1.6

Первинні статистичні характеристики і інтеркореляції шкал опитувальника УСК

Показники	$I_о$	$I_д$	$I_м$	I_{0}	$I_п$	$I_,$	I_7
Кількість пунктів	44	12	12	10	8	4	4
Середнє за шкалами	33,4	6,2	8,4	3,6	11,8	2,4	4,4
Стандартні відхилення	23,4	8,3	7,9	7,1	8,4	4,4	3,5
$I_о$		0,74 ххх	0,71 ххх	0,61 ххх	0,72 ххх	0,45 ххх	0,46 ххх
$I_д$			0,33 хх	0,58 хх	0,44 ххх	0,54 ххх	0,25 х
$I_м$				0,60 хх	0,40 ххх	0,36 хх	0,22 х
I_{0}					0,22 х	0,37 ххх	0,17
$I_п$						0,18	0,18
$I_,$							0,21

$^{x}p < 0,05$, $^{xx}p < 0,01$, $^{xxx}p < 0,001$.

Дослідження самооцінки людей з різними типами суб'єктивного контролю показало, що люди з низьким Іо характеризують себе як егоїстичних, залежних, нерішучих, несправедливих, метушливих, ворожих, невпевнених, нещирих, несамостійних, дратівливих. Люди з високим УСК вважають себе добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, дружелюбними, чесними, самостійними, незворушними. Таким чином, УСК пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те, із самоповагою, соціальною зрілістю і самостійністю особистості.

Метод дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК)

Дана експериментально-психологічна методика дозволяє порівняно швидко і ефективно оцінити сформований у випробуваного рівень суб'єктивного контролю над різноманітними життєвими ситуаціями і придатна для застосування в клінічній психодіагностики. Розроблено в НДІ ім. В. М. Бехтерева.

Вперше подібні методики були апробовані в 1960-х рр. в США. Найбільш відомою з них є шкала локусу контролю Дж. Роттера. Ця шкала заснована на двох принципових положеннях.

1. Люди різняться між собою по тому, як і де вони локалізують контроль над значними для себе подіями. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний і інтернальний. У першому випадку людина вважає, що відбуваються з ним події результат дії зовнішніх сил – обставин, інших людей і т.д. У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат власної діяльності. Будь-якій людині властива певна позиція на континуумі, що тягнеться від екстернального до інтернального типу.

2. Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний але відношенню до будь тинаму подій і ситуацій, з якими йому доводиться стикатися. Один і той же тип контролю характеризує поведінку даної особи і в разі невдач, і в сфері досягнень, причому це різною мірою стосується різних областей соціального життя.

Експериментальні роботи встановили зв'язок різноманітних форм поведінки і параметрів особистості з екстернальність–інтернальністю. Конформне і поступливий поведінка більшою мірою притаманне людям з екстернальним локусом. Інтернали на відміну від екстерналів менш схильні підкорятися тиску інших, чинять опір, коли відчувають, що ними маніпулюють, вони реагують сильніше, ніж екстернали, на втрату особистої свободи. Людям з Інтернальний локусами контролю краще працювати на самоті, ніж під наглядом або при відеозапису. Для екстерналів характерно зворотне.

Інтернали і екстернали розрізняються за способами інтерпретації різних соціальних ситуацій, зокрема за способами отримання інфор-

мації та за механізмами їх каузального пояснення. Інтернали активніше шукають інформацію і зазвичай обізнані про ситуацію більш, ніж екстернали. В одній і тій же ситуації інтернали атрібутіруют велику відповідальність індивідам, які беруть участь у цій ситуації. Інтернати більшою мірою уникають ситуаційних пояснень поведінки, ніж екстернали.

Дослідження, що зв'язують інтернальність–екстернальність з міжособистісними відносинами, показали, що інтернали більш популярні, більш доброзичливі, більш впевнені в собі, проявляють більшу терпимість. Існує зв'язок високою інтернальності з позитивною самооцінкою, більшою узгодженістю образів реального і ідеального «Я». У интерналов виявлена більш активна, ніж у екстерналів, позиція по відношенню до свого здоров'я: вони краще інформовані про свій стан, більше піклуються про своє здоров'я і частіше звертаються за профілактичною допомогою.

Екстернальність корелює з тривожністю, депресією, психічними захворюваннями.

Інтернали воліють недирективна методи психокорекції; екстернали суб'єктивно більш задоволені поведінковими методами.

Все це дає достатні підстави вважати, що виділення особистісної характеристики, що описує те, якою мірою людина почувається активним суб'єктом власної діяльності і в якій – пасивним об'єктом дії інших людей і зовнішніх обставин, обгрунтовано існуючими емпіричними дослідженнями і може сприяти подальшому вивченню проблем прикладної психології особистості (А. Г. Асмолов, Є. Ф. Бажин, С. А. Голинкіна, А. М. Еткінд та ін.).

Друге положення, на якому ґрунтується американська традиція дослідження локусу контролю, представляється малоприйнятною. Опис особистості за допомогою узагальнених транссітуативних характеристик є недостатнім. Більшості людей властива більш-менш широка варіабельність особливостей поведінки залежно від конкретних соціальних ситуацій. Особливості суб'єктивного контролю, зокрема, можуть змінитися у одного і того ж людини залежно від того, пред-

ставляється йому ситуація складної чи простий, приємною чи неприємною і т.д., тому вимірювання локусу контролю, мабуть, більш перспективно будувати не як одночасну характеристику, а як багатовимірний профіль, компоненти якого прив'язані до типів соціальних ситуацій різного ступеня узагальненості.

Опитувальник УСК складається з 44 пунктів, в які, на відміну від шкали Дж. Роттера, включені пункти, що вимірюють екстернальність–інтернальність в міжособистісних, сімейних відносинах, а також вимірюють ставлення до хвороби і здоров'ю.

Як показали дослідження, проведені на здорових випробовуваних, відповіді на вагу пункти опитувальника мають достатній розкид: жодна з половин шкали не вибирають рідше, ніж в 15 % випадків. Результати заповнення опитувальника окремим випробуваним перетворюються в стаціонарну систему одиниць і можуть бути наочно представлені у вигляді профілю суб'єктивного контролю.

Показники опитувальника УСК організовані відповідно до принципу ієрархічної структури систем регуляції діяльності таким чином, що включають в себе узагальнений показник індивідуального УСК, інваріативної до приватних ситуацій діяльності, два показники середнього рівня спільності і ряд ситуаційних показників.

1. Шкала *загальної інтеріальності* (Іо). Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті було результатом їх власних дій, що вони можуть ними керувати, і, таким чином, вони відчувають власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. Низький показник за шкалою відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі випробувані не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток і вважають, що більшість їх є результатом випадку або дій інших людей.

2. Шкала *інтеріальності в області досягнень* (Ід). Високі показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного

контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі досягли всього того доброго, що було і є в їх житті, і що вони здатні з успіхом йти до поставлених ними цілям в майбутньому. Низькі показники за шкалою Ід свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення і радості зовнішнім обставинам – везінню, щасливій долі або допомоги інших людей.

3. Шкала інтернальності *в області невдач* (Ім). Високі показники за даною шкалою говорять про розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що проявляється у схильності звинувачувати самого себе в різноманітних неприємностях і стражданнях. Низькі показники Ін свідчать про те, що випробуваний схильний приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

4. Шкала інтернальності *в області сімейних відносин* (І (). Високі показники Іс означають, що людина вважає себе відповідальним за події, що відбуваються в його сімейному житті. Низький Іс вказує на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають у його родині.

5. Шкала інтернальності *в області виробничих відносин* (Іп). Високий Іп свідчить про те, що людина вважає свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності в складних відносинах в колективі, своєму просуванні і т.д. Низький Іп вказує на те, що випробуваний схильний приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам – керівництву, товаришам по роботі, везінню – невдачі.

6. Шкала інтернальності *стосовно здоров'я і хвороби* (І,). Високі показники І (свідчать про те, що випробуваний вважає себе багато в чому відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то звинувачує в цьому себе і вважає, що одужання в основному залежить від його дій. Людина з низьким І. (вважає здоров'я і хвороба результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, насамперед лікарів.

Валідність шкал ІБК демонструється їх зв'язками з іншими характеристиками особистості, виміряними, зокрема, за допомогою особистісного опитувальника Кеттелла. Людина з низьким суб'єктивним контролем (який вважає, що він мало впливає на те, що з ним відбувається, і схильний вважати свої успіхи і невдачі наслідком зовнішніх обставин) емоційно нестійкий (фактор -С), схильний до неформального поведінки (фактор -С), нетовариський (фактор + *(¿1),* у нього поганий самоконтроль (фактор - () 3) і висока напруженість (фактор + *0, л).* Людина з високим показником суб'єктивного контролю володіє емоційною стабільністю (фактор + *С),* завзятістю, рішучістю (+ (?), товариськістю (фактор - (22), хорошим самоконтролем (фактор + <23) і стриманістю (фактор -*О ^).* Істотно, що інтелект (фактор *В)* і багато факторів, пов'язані з екстраверсією-интроверсией, не корелюють ні з Іо, ні з ситуативними характеристиками суб'єктивного контролю.

Суб'єктивний контроль над позитивними подіями (досягнення, успіхи) більшою мірою корелюють з силою «его» (фактор + *С),* самоконтролем (фактор соціальної екстраверсією (фактори + *А,* - (22)> ніж суб'єктивний контроль над негативними подіями (неприємності, невдачі). Однак люди, які не відчувають відповідальності за невдачі, частіше виявляються більш практичними, діловими (фактор + *М),* ніж люди з сильним контролем в цій області, що нехарактерно для суб'єктивного контролю над позитивними подіями.

Первинні статистичні характеристики і интеркорреляции шкал опитувальника УСК наведено в табл. 1.7.

Таблиця 1.7

Первинні статистичні характеристики і інтеркореляції шкал опитувальника УСК

Показники	$I_о$	$I_д$	$I_м$	$I_{()}$	$I_п$	$I_,$	I_7
Кількість пунктів	44	12	12	10	8	4	4
Середнє за шкалами	33,4	6,2	8,4	3,6	11,8	2,4	4,4

Стандартні відхилення	23,4	8,3	7,9	7,1	8,4	4,4	3,5
$I_о$		0,74 ххх	0,71 ххх	0,61 ххх	0,72 ххх	0,45 ххх	0,46 ххх
$I_д$			0,33 хх	0,58 хх	0,44 ххх	0,54 ххх	0,25 х
$I_м$				0,60 хх	0,40 ххх	0,36 хх	0,22 х
I_0					0,22 х	0,37 ххх	0,17
$I_п$						0,18	0,18
$I_,$							0,21

$^{x}p < 0,05$, $^{xx}p < 0,01$, $^{xxx}p < 0,001$.

Дослідження самооцінки людей з різними типами суб'єктивного контролю показало, що люди з низьким Іо характеризують себе як егоїстичних, залежних, нерішучих, несправедливих, метушливих, ворожих, невпевнених, нещирих, несамостійних, дратівливих. Люди з високим УСК вважають себе добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, дружелюбними, чесними, самостійними, незворушними. Таким чином, УСК пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те, із самоповагою, соціальною зрілістю і самостійністю особистості.

Дослідження самооцінки

Самооцінка є однією з важливих складових самосвідомості. Розвиток самооцінки і визнання своєї самоцінності – рушійна сила самовиховання. «Нова людина може з'явитися лише в тому випадку, якщо людину вважають найвищою цінністю. Якщо людину розглядають виключно як цеглу для будівництва суспільства, якщо вона лише засіб для економічного процесу, то доводиться говорити не стільки про явище нової людини, скільки про зникнення людини, тобто про поглиблення процесу дегуманізації. Людина виявляється позбавленим вимірювання глибини, він перетворюється на двомірне, площинне

істота. Нова людина буде лише в тому випадку, якщо людина має вимірювання глибини, якщо вона є духовною істотою, інакше взагалі людини немає, а є лише суспільна функція».

Експериментальні прийоми вивчення самопізнання і ставлення людини до себе різноманітні. Це зумовлено насамперед багатоплановістю уявлень людини про себе.

Знижена самооцінка руйнує у людини надії на добре ставлення до нього і успіхи, а реальні свої досягнення і позитивну оцінку оточуючих він сприймає як випадкову і тимчасову. У результаті високої вразливості настрій таких людей схильне до частих коливань. Вони надзвичайно гостро реагують на критику, осуд, упереджено інтерпретують сміх оточуючих, виявляються підозрілими і внаслідок цього більш залежними від оцінок і думок оточуючих людей чого нерідко усамітнюються, але потім страждають від самотності. Недооцінка власної корисності зменшує соціальну активність, знижує ініціативу і готовність до конкуренції.

При завищеній самооцінці людина самовпевнено береться за щонебудь, не проаналізувавши реальність умов, при наявності яких міг би домогтися успіху. Перші невдачі призводять до переживань, розчарування і бажанням вважати відповідальними за події, що відбулися інших людей, але тільки не себе. Явна переоцінка своїх можливостей дуже часто супроводжується внутрішньої невпевненістю в собі. Все це призводить до підвищеної вразливості і хронічної безпорадності. Результат неадекватної самооцінки найбільш очевидно проявляється в поведінці, зокрема в так званому афективному поведінці. Така поведінка створює великі труднощі для організації взаємодії та співпраці.

Щоб мати можливість отримати не тільки дані для якісного аналізу особливостей самооцінки, але й кількісні показники, можна використовувати варіант, описаний основоположником вітчизняної психології спорту А. Ц. Пуні (1898–1985).

Випробуваному пропонують познайомитися зі списком різноманітних якостей, якими особистість може бути охарактеризована. Таких якостей 51. Пропонується вибрати будь 20 якостей, які, на думку

випробуваного, він найбільш часто зустрічає в житті і спілкуванні. Можна назвати й інші якості, які не увійшли до списку. Слова, що позначають вибрані 20 якостей, в будь-якому порядку записуються в бланк (табл. 1.8).

Таблиця 1.8

Варіант списку обраних якостей

№	Якості	N_2	d	d_2
	Поступливість			
	Сміливість			
	Запальність			
	Наполегливість			
	Нервозність			
	Терпеливість			
	Сприйнятливість			
	Пасивність			
	Грубість			
	Заздрісність			
	Обережливість			
	Примхливість			
	Злопам’ятність			
	Щирість			
	Життєрадісність			
	Недовірливість			
	Впертість			
	Мстивість			
	Образливість			
	Підозріливість			

Випробуваному пропонуються дві інструкції.

1. «Прочитайте уважно ще раз вагу слова. Розгляньте ці якості з погляду соціальної корисності та прийнятності. Оцініть кожну якість в межах від 1 до 20 балів. Бали будете проставляти в лівій колонці (#,). Бал «1» поставте навпроти того якості, яке найменше бажано і прийнятно, або виберіть саме бажану якість і навпаки поставте бал «20». Оцінки від 2 до 19 (або від 19 до 2) розташуйте відповідно до вашого

ставленням до всіх інших якостям. Пам'ятайте, що жодна оцінка не повинна повторитися. Коли завдання буде виконано, ліву частину бланка слід загнути, щоб цифри не були видні».

2. «Праворуч від стовпця якості в графі N2 відзначте оцінкою «20» – якість, яка властива вам найбільшою мірою; оцінкою «19» – якість, властиве вам дещо менше, і т.д.; нарешті, оцінкою «1» – якість, характерну для вас в найменшій мірі. Пам'ятайте, що оцінки не повинні повторюватися».

Обробка результатів.

1. Визначити коефіцієнт рангової кореляції між вибором соціально значущих якостей і чином «Я». Ступінь узгодженості обох рядів встановлюється за допомогою формули Спірмена:

$$r = 1 - \frac{6\,\Sigma d^2}{(N_2 - 1)n},$$

де r - коефіцієнт рангової кореляції; N – кількість якості; n - різниця між рангами.

2. Простота методу дозволяє підрахувати кореляційний зв'язок «вручну». Для підрахунку можна застосувати наступний алгоритм:

- Визначити різницю *(с1)* між рангами і записати в графі *ї*
- Звести значення *ї* в квадрат і записати в графі *сР*
- Скласти всі значення *з12* і записати отриману суму внизу;
- Помножити отриману суму на 0,00075 (0,00075 – результат, отриманий при діленні 6 на (202 -1) х 20 – відповідно до формули рангової кореляції Спірмена);
- З одиниці відняти отримане твір.

Отримане число є коефіцієнтом рангової кореляції *r*, який може мати значення від +1 до -1.

3. Обчислення значення коефіцієнта кореляції необхідно перевірити на статистичну значимість. Рівень значимості визначається за таблицями розподілу критичних значень. Якщо обчислене значення коефіцієнта кореляції менше або одно табличному для 5%-го рівня (р = 0,05), то кореляція не є значущою (суттєвою, реальної). Якщо обчислене значення коефіцієнта кореляції більше табличного для 1%-го рівня (р = 0,01), то кореляція статистично значима (істотна, реальна).

Одним з перших вітчизняних прийомів дослідження самооцінки була методика С. Я. Рубінштейн, яка стала певною доопрацюванням ідеї американського психолога Т. В. Дембо (1962).

Методика дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн (в даному випадку як метод дослідження самооцінки інвалідів) заснована на прямому оцінюванні (шкалування) хворими ряду особистих якостей. Проводиться у вигляді вільної бесіди і дозволяє отримати дані для якісного аналізу індивідуальних особливостей самосвідомості. На ефективність спілкування, поведінки, діяльності особливо деструктивно впливає неадекватна самооцінка, яка може бути або зниженою, або підвищеною.

Матеріал: картка з сімома накресленими вертикальними шкалами (довжина 10 см), із зазначенням верхньої та нижньої точок і середини шкали (при цьому верхня і нижня точки відзначаються помітними рисками, середина - ледь помітною крапкою), авторучка.

Інструкція: кожна людина оцінює свої здібності, можливості, характер і т.д. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої буде символізувати найнижче розвиток, а верхня – наівисшее.

На картці намальовані сім таких ліній. Вони позначають: 1 – здоров’я, 2 – розум, здібності, 3 – характер, 4 – відношення з оточуючими, 5 – спілкування, 6 – сімейні відносини, 7 – впевненість у собі. Під кожною лінією написано, що вона позначає.

На кожній лінії рискою (-) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони особистості зараз. Після цього хрестиком (+) відзначте, при якому рівні розвитку цих якостей, сторін ви були б задоволені собою або відчули гордість за себе.

Обробка результатів.

1. По кожній з семи шкал визначається:

- Рівень домагань – відстань в мм від нижньої точки шкали («О») до знака «+»;
- Висота самооцінки від «О» до знака «-«; величина розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою – відстань від знака «+» до знака

«-», якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається негативним числом.

2. Визначається середня величина кожного показника по всіх семи шкалами.

Оцінка та інтерпретація окремих параметрів. У табл. 1.9 наведено кількісні характеристики рівня домагань і рівня самооцінки.

Таблиця 1.9

Рівень домагань і рівень самооцінки

Параметр	Кількісна характеристика, бал			
	дуже низький	середній	високий	високий
		норма		
Рівень домаганні	менше 60	60–74	75–89	90–100
Рівень самооцінки	менше 45	45–59	60–74	75–100

Рівень домагань: норму, реалістичний рівень домагань характеризує результат від 60 до 89 балів. Найбільш оптимальним є порівняно високий рівень – від 75 до 89 балів, що свідчить про оптимальний уявленні про своїх можливостях, що є важливим чинником особистісного розвитку. Результат від 90 до 100 балів зазвичай свідчить про нереалістичні, некритичному ставленні школярів до власних можливостей. Результат менше 60 балів свідчить про занижений рівень домагань, він є індикатором неблагополучного розвитку особистості.

Рівень самооцінки: кількість балів від 45 до 74 («середня» і «висока» самооцінка) свідчить про реалістичної (адекватної) самооцінці. Кількість балів від 75 до 100 і вище свідчить про завищену самооцінку і вказує на певні відхилення у формуванні особистості. Завищена самооцінка може свідчити про особистісну незрілість, невмінні правильно оцінювати результати своєї діяльності, порівнювати себе з іншими; така самооцінка може вказувати на суттєві викривлення у формуванні особистості – «закритість для досвіду», нечутливість до

своїх помилок, неуспіхам, зауважень і оцінками оточуючих. Кількість балів нижче 45 вказує на занижену самооцінку (недооцінку себе) і свідчить про крайній неблагополуччя у розвитку особистості. За низькою самооцінкою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість у собі і «захисна», коли декларування (самого себе) власного невміння, відсутності здібностей тощо дозволяє не докладати ніяких зусиль.

Методики дослідження пам'яті

1. «Заучування 10 слів», (методика запропонована А. Р. Лурія).

Мета: Оцінка стану пам'яті, стомлюваності, активності уваги.

Матеріал: Протокол з дев'ятьма короткими односкладовими і двоскладовою словами, нс мають між собою ніякого зв'язку (див. Протокол).

Інструкція:

1) «Зараз я прочитаю кілька слів. Слухайте уважно. Коли я закінчу читати, відразу ж повторіть стільки слів, скільки запам'ятайте. Повторювати слова можна в будь-якому порядку»;

2) «Зараз я знову прочитаю вам ті ж слова, і ви знову повинні повторити їх, – і ті, які вже назвали, і ті, які в перший раз пропустили. Порядок слів неважливий».

Далі досвід триває без інструкцій. Перед наступними трьома–п'ятьма прочитаннями експериментатор просто каже: «Ще раз». Після п'яти-шестиразового повторення слів експериментатор говорить випробуваному: «Через годину ви ці слова назвете мені ще раз».

На кожному етапі дослідження заповнюється протокол Під кожним відтвореним словом в рядку, яка відповідає номеру спроби, ставиться хрестик. Якщо випробуваний називає «зайве» слово, воно фіксується у відповідній графі. Через годину випробуваний на прохання дослідника відтворює без попереднього зачитування запам'яталися слова, які фіксуються в протоколі кружечками.

Номер проби	**Ліс**	**Хліб**	**Вікно**	**Стілець**	**Вода**	**Кінь**	**Гриб**	**Брат**	**Мед**	**Голка**
1										
2										
3										
4										
5										
6										
Через годину										

2. «Пам’ять на образи».

Мета: обстеження образної пам’яті (методика може використовуватися для профорієнтації).

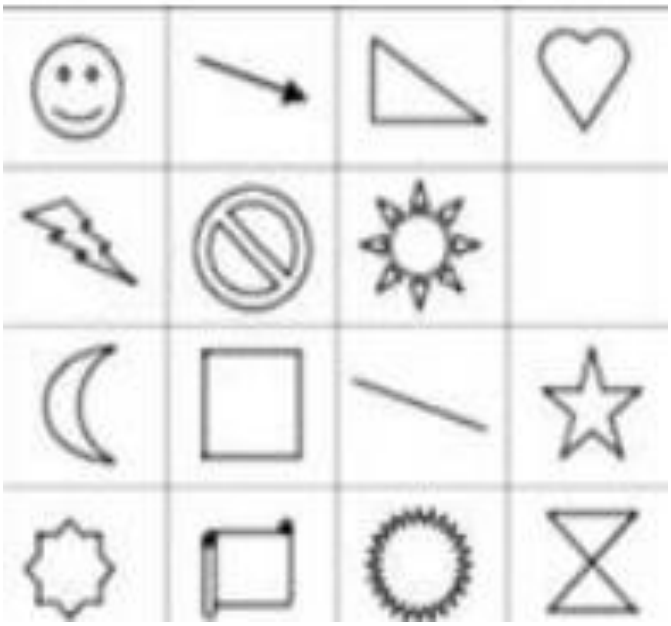
Матеріал: таблиця з образами (рис. 1.8) (розмір зразка – $^1/_2$ аркуша формату А4).

Інструкція: «Вам буде представлена таблиця з образами (показ таблиці). Ваше завдання полягає в тому, щоб за 20 секунд запам’ятати якомога більше образів. Через 20 секунд я приберу таблицю, і ви повинні будете намалювати або записати (висловити словесно) образи, які запам’ятали».

Оцінка результатів: проводиться за кількістю правильно відтворених образів. Норма – сім правильних відповідей.

Оцінка результатів дослідження: підраховується кількість правильно відтворених образів. У нормі – це шість і більше правильних відповідей.

Оцінка в балах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кількість відтворених образів	15–16	13–14	10–12	7–9	6	5	4	3	1–2



3. «Пам’ять на числа».

Мета: оцінка короткочасної зорової пам’яті, її обсягу і точності.

Матеріал: таблиця з 12 двозначними числами (рис. 1.9) (розмір 1/2 аркуша формату А4).

Інструкція: «Вам буде представлена таблиця з числами. Ваше завдання полягає в тому, щоб за 20 секунд запам’ятати якомога більше чисел. Через 20 секунд таблицю приберу і ви повинні будете записати (перерахувати усно із зазначенням місця розташування того чи іншого числа) всі ті числа , які ви запам’ятали».

Оцінка результатів дослідження: за кількістю правильно відтворених чисел проводиться оцінка короткочасної зорової пам’яті. Максимальна кількість інформації, що може зберігатися в короткочасній, інакше – оперативною, пам’яті – 10 одиниць матеріалу. Середній рівень: шість-сім одиниць.

13	91	47	39
65	83	19	51
23	94	71	87

Психологічний анамнез

Велику роль при постановці клініко-психологічного діагнозу відіграють правильно зібрані психологічні анамнестичні відомості про хворого (анамнез – спогади). Вони складаються в ході психобіографічний та клініко-психологічного методів дослідження.

Детальний розпитування – основа раціонально зібраного психологічного анамнезу – нерідко дозволяє з'ясувати об'єктивні дані про виникнення і розвитку хвороби, про життя хворого в умовах хвороби, визначити внутрішню модель хвороби і, проаналізувавши отримані дані, намітити психодіагностичні методи дослідження психічних процесів, станів, властивостей.

Клінічний психолог повинен обережно, делікатно, але без зайвої сором'язливості збирати необхідні відомості. Під час опитування він повинен домогтися розташування хворого до себе, завоювати його довіру. Відчуваючи співчутливе ставлення до своєї долі, бажання надати йому допомогу, хворий більш докладно викладає свої скарги і різні сторони свого життя. Тут слід застерегти початківців клінічних психологів – насамперед, не можна ділитися з хворим фрагментами з власного життя і з життя ваших близьких, рідних, знайомих, з прочитаної літератури, переглянутого кінофільму і т.д. Для хворого його стан унікальне й неповторне, як правило, у нього знайдеться тисяча застережень, що у героїв, про які розповідав психолог, все по-іншому, «і все одно краще, ніж у мене».

Слід суворо стежити за тим, щоб збір необхідної інформації не перетворився на підглядання «в замкову щілину». Також психолога слід опиратися спробам хворого «завербувати» його в свої союзники проти лікарів, на думку хворого, погано розуміють і недооцінюють його стан.

Ретельно зібраний анамнез дає хорошу інформацію про причину виникнення хвороби, особливості розвитку її симптомів, що відображають розвиток механізмів хвороби, про внутрішню моделі хвороби, про психологічний дискомфорт хворого в стані хвороби.

Нерідко в основі виникнення клінічного діагнозу лежать психологічні причини. Наведемо приклад з практики. С. В. Харченко 1970 р. Освіта – середню спеціальну. Професія – медична сестра.

Діагноз: порушення функцій зору III–VI ступеня, цукровий діабет після психотравми. У ході збору психодіагностичних анамнестичних відомостей вдалося з'ясувати, що порушення функцій зору є наслідками цукрового діабету, що з'явився в 1983 р внаслідок психотравми – смерті брата (потонув у віці чотирьох років). Психологічний анамнез включає:

- Скарги хворого;
- Суб'єктивні та об'єктивні дані про причину виникнення і розвитку хвороби;
- Відомості про порядок виникнення і розвитку хвороби;
- Дані про розвиток індивідуума до хвороби (біологічному, психологічному і соціальному);
- Відомості про сімейному анамнезі;
- Докладні відомості про стан хворого в ситуації хвороби (біологічні, психологічні і соціальні);
- Дані про характер праці та різних обставинах життя (соціальні, особисті).

Необхідно з'ясувати: зміни місця проживання хворого в географічному аспекті, виявляючи наявність крайової патології; участь у військових діях; участь у ліквідації аварій на атомних АЕС, у місцях стихійних лих і т.д.

Відомості про початкових симптомах, а також про причину виникнення неврозу отримують в основному від самих хворих, про поведінку і переживаннях досліджуваного в найближчому оточенні – від родичів, які проживають з хворим. Ці відомості, незважаючи на їх цінність, тільки додаткова інформація. Нерідко додаткові відомості психодіагностичного анамнестического характеру збирають після об'єктивного обстеження: вони доповнюють відсутню інформацію про причини і умови виникнення хвороби (особливо часто збирається додаткова інформація при травмах нервової системи, при черепно-мозкових травмах, після інсульту).

Однак не слід захоплюватися збором великої кількості додаткової інформації. Чим краще зібраний психологічний анамнез при першій зустрічі, тим менш необхідні додаткові відомості і тим більше їх психодіагностична цінність. Безсумнівно, виправдана деталізація психологоанамнестичних відомостей у зв'язку з виникненням діагностичної гіпотези: вона проводиться, як правило, після зіставлення психологоанамнестичних відомостей з результатами об'єктивного обстеження хворого.

Розпитування хворого краще починати зі знайомства, при якому психолог не тільки дізнається ім'я, по батькові, вік, професію, службове і сімейний стан хворого, але і називає своє ім'я, по батькові, а також пояснює причину перебування в даному кабінеті хворого. Отримавши паспортні дані хворого, психолог в ході дослідження звертається до нього тільки на ім'я по батькові, а нс за прізвищем. З метою налагодження контакту з хворим можна розпитати його про сьогодення і минуле проживання, про те, де проводив відпустку, і т.д.

Існує два способи отримання інформації про скарги: хворий самостійно розповідає про них або відповідає на навідні запитання. Найчастіше ці способи використовуються разом.

При збиранні психологічного анамнезу слід починати з навідних запитань: «Що змусило вас звернутися до психолога?"» (якщо прихід до психолога – бажання самого хворого) або «Як ви думаєте, чому ваш лікар направив вас до психолога?» (якщо прихід до психолога продиктований вимогою лікарів). Найчастіше хворий говорить про своє погане або погіршити самопочуття, і психолог повинен пояснити йому, що він «не лікує і ліків не виписує». Позиція психолога в цьому випадку повинна бути однозначною: проблема, з якою хворий звернувся, має психологічний характер, і її рішення залежить, насамперед, від бажання самого хворого вирішити її. З'ясувати спрямованість проблеми – завдання психолога. Якщо після цього хворий самостійно, послідовно і чітко викладає свої скарги, то його не слід переривати. Питання слід задавати тільки при розгубленості хворого, його плутані розповіді і невмінні знайти потрібні слова: психолога слід тактовно поставити кілька головних з професійної точки зору питань.

Психологу важливо виробити вміння швидко знаходити питання, уточнюючі дані психологічного анамнезу. У таких питаннях не повинна проявлятися впевненість у певному відповіді, наприклад: «У вас погана пам'ять?»; «Чи спостерігаються у вас запаморочення?»; «Чи часто ви погано почуваєтеся, відчуваєте слабкість?» і т.д. Тільки після отримання відповіді можна ставити уточнюючі питання: наприклад, при позитивній відповіді про погану пам'яті психолог повинен уточнити, в чому і як часто це проявляється, виявити глибину і частоту забудькуватості, і т.д.

При описі неврозоподібних і психічних стресових станів слід делікатно виявляти їх причину, враховуючи індивідуальні реакції хворих на ці відомості. Необхідно пам'ятати, що тривале емоційне перенапруження (турботи, невпевненість у собі або у своїх близьких, хворе самолюбство, невдала сімейне життя, незадоволеність роботою і т.д.), а також інтелектуально-емоційне напруження (наприклад, робота водієм) можуть послужити причиною розвитку різних неврозів.

Найбільшу обережність слід проявляти з хворими, які брали участь у війнах і ліквідаціях екстремальних ситуацій і стихійних лих. Такі люди найбільш вразливі, якщо мова заходить про спогади, здатних вивести хворого з рівноваги і зробити ситуацію спілкування фрустрирующей для нього.

Не слід уникати контакту з хворим, навіть якщо, зі слів родичів, він не комунікабельний, насилу реагує на оточуючих, нс може говорити і т.д. Не можна підміняти відомості, зібрані в ході бесіди з такими хворими, відомостями, отриманими від тих, хто супроводжує хворого на комісію. Завжди можна знайти спосіб спілкування: хворий може «відповідати» рухом голови, написати на папері, рухом очей і т.д. Психолог повинен знайти підхід до кожного хворого.

Наведемо приклад. В. В. Фомін, 1964 р.н. Освіта – незакінчена середня. Безробітний. Діагноз: часткова атрофія зорових нервів, гіпертонічна симптоматії сітківки обох очей. Соціальний анамнез: хворий не працює з 1995 р.; вважає себе непрацездатним; живе з дружиною, проте знаходиться в розлученні; має двох дітей (9 і 14 років), які допомагають йому; зі слів хворого, дружина хоче позбутися пего, а піти йому

нікуди: мати померла, батько живе дуже далеко, в маленькій квартирі; відвідують друзі; випиває. Психодиагностический анамнез: в ході дослідження поводився агресивно; відзначається різка зміна настрою; на будь-яке психодіагностичне дослідження реагує негативно; огляд хворого було ускладнено через неможливість використовувати візуальні методики, тому застосовувалися тільки словесні варіанти роботи: «Порівняння понять», «Прості аналогії», «Виявлення загальних понять», «Риси характеру і темпераменту (ЧХТ)», «Екстраінтроверсія» та ін. Крім цього, хворий відмовився досліджувати лист. Для додаткового психодіагностичного анамнезу використовувалося заяву, написану хворим.

Відомості, що відносяться до анамнезу життя, – важлива частина підготовки гіпотези діагнозу. Вони повинні бути зафіксовані в психологічній карті цілеспрямовано, під кутом зору виявлення патогенної ролі умов життя, особливо тих, які мають значення для встановлення етіології захворювання.

Велике значення мають відомості про професійну специфіку роботи протягом хоча б останніх 10 років. При цьому потрібно дати оцінку характеру роботи, се напруженості, частоті перемикання з виконання одного завдання на інше. Виявляються порушення ритму відпочинку, перенапруження уваги, необхідність частого гальмування емоцій, тривалого інтелектуальної напруги. Слід зазначити, пов’язана робота з професійними шкідливостями.

Аналіз біографічних відомостей і спостереження за поведінкою хворого (міміка, жести, манери, культура мови) дозволяють психологу скласти певне уявлення про його інтелекті, характері і психічному стані.

Методика збирання психологічного анамнезу вдосконалюється із зростанням психологічного досвіду, з розвитком логічного мислення. Ділові та професійні якості психолога, його операціональна майстерність – результат, насамперед, його власної цілісності, його зростання і не в останню чергу – його здатності розширити притаманне людині почуття приналежності хворій людині. Завдяки цьому стає можливим діалектичне рівновага між приналежністю іншим і почуттям власної індивідуальності.

РОЗДІЛ ІІ
ПАТОПСИХОЛОГІЯ ГНОСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПСИХІКИ: ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

2.1. Розлади відчуттів

До порушень відчуттів належать:

- ***анестезії (відсутність чутливості)*** – утрата здатності відчувати різні види подразнень, зазвичай поширюється на тактильну, больову та температурну чутливість. Відбувається внаслідок ушкодження чутливих нервових закінчень або мозку (спинного чи головного), унаслідок чого зовнішні подразники не досягають центральної нервової системи. Анестезія може вразити все тіло (загальна анестезія) або певну його частину (локальна анестезія);
- ***гіпоестезія –*** зниження здатності відчувати різні види подразнень;
- ***гіперестезія –*** підвищення здатності відчувати різні види подразнень;
- ***гіперпатія –*** хворобливе підвищення чутливості, коли звичайні подразники викликають біль та інші неприємні відчуття, такі як свербіння, важкість й ін.
- ***парестезії,*** що проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок тощо. Можуть виникати на поверхні різних частин тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною;
- ***синестопатії –*** неприємні тривалі відчуття стискання, стягування або розтягування, перекочування чи тремтіння, спроектовані на внутрішні ділянки тіла;
- ***синестезії*** – відчуття, що виникають унаслідок того, що певний подразник, діючи на органи відчуттів, викликає додаткові відчуття й уявлення, характерні для іншого органа відчуттів;

– ***візуалізація почутого*** найчастіше простежується в патології відчуттів;
– ***«фантом кінцівки»*** простежується після ампутації руки чи ноги, коли людина може продовжувати її відчувати: відчувати біль, вважати, що в змозі рухати нею, забуваючи при цьому, що кінцівка відсутня. Іноді це минає досить швидко, іноді зберігається все життя.

2.2. Розлади сприймання

Зі специфічних і патологічних змін сприймання виділяють такі:

– ***ілюзії –*** викривлене, помилкове сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого. Найчастіше ілюзії спостерігаються в зоровому сприйнятті, що пов'язано або з будовою зорового аналізатора, або з особливостями сприйняття самого предмета. Вони можуть проявлятись і в здорових людей, особливо в стані тривожного очікування, страху тощо.

За органами відчуттів ілюзії поділяють на:

- *зорові,* що проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, яке вісить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів);
- *слухові,* що характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматися як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці сприймається як оклик на ім'я; різкий шум за дверима – як дзвінок у двері);
- *смакові ілюзії,* що проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії – запаху;
- *дотикові,* що формуються на підставі реальних відчуттів (дактильних, больових, температурних).

Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості. Серед них виділяють:

- *ілюзії тяжкості А. Шерпанье* – при підйомі однакових за вагою й зовнішнім виглядом, але різних за обсягом предметів менший за

розміром предмет сприймається як більш важкий, виникає контрастна ілюзія;

- *контрастні ілюзії* спостерігаються в області температурних і смакових відчуттів, наприклад після холодового подразника тепловий здається гарячим, після відчуття кислого та солоного посилюється чутливість до солодкого тощо.
- *парейдолії,* що відносяться до складних ілюзій. Вони можуть виникати і у хворих з невротичними розладами, і в здорових людей як результат перевтоми. Наприклад, в узорі килима чи орнаменті шпалер людина бачить голови потвор, незвичайні узори й т. ін.

– ***галюцинації –*** сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта та супроводжується переконаністю в тому, що цей об'єкт і в цьому місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини й можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта та здебільшого більшості випадків супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За реальністю проекції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

- *істинні* – людина вказує місце розміщення образу, як правило, ззовні й на реальній для сприймання відстані (наприклад образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);
- *псевдогалюцинації* – помилкові образи без проекції зовні;

– ***ейдетизм –*** слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

– ***сенестопатії –*** різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим і сприймаються як мігруючі образи;

– ***агнозії –*** розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових) є результатом відносно локальних

органічних уражень тім'яно-потиличних зон: правої півкулі – розлади впізнавання зорових образів (невпізнання людей), лівої півкулі – розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів (О. Лурія).

Види агнозій: а) зорові; б) слухові; в) соматоагнозія – розлад впізнавання частин власного тіла; г) астереогнозія – тактильна агнозія, що проявляється в порушенні впізнавання предметів на дотик;

– ***дереалізаційні розлади –*** особливий вид розладів сприймання (психосенсорні розлади), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів: вони сприймаються як нереальні.

- *мікропсія* – розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів;
- *макропсія* – розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів;
- *дисмегалопсія* – розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі навколишніх предметів;
- *пороп*сія – розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта;

– ***деперсоналізація –*** викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла;

Її різновид – синдром Аліси в країні чудес – характеризується поєднанням деперсоналізаційних розладів із явищами дереалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості. Можливе виникнення порушень сприймання (при цьому синдромі) у вигляді видовження, скорочення, відриву кінцівок;

– ***прушення сприймання часу:***

- *«зупинка часу»* – відчуття того, що час ніби «зупинився», кольори в сприйманні хворого стають тьмяними, об'ємні предмети – плоскими; людина відчуває, ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;

- *«розтягування часу».* У відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле – кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;
- *«втрата відчуття часу».* Людина говорить: «часу ніби немає», «звільнився від тягаря часу». Це завжди супроводжується зміненим сприйманням світу, предмети й люди здаються більш контрастними та більш приємними;
- *«сповільнення часу».* Рухи людей сприймаються уповільненими, а їхні обличчя – похмурими;
- *«прискорення часу».* Людині час здається швидкоплинним, зміненим видається весь навколишній світ і власне «Я». Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчувають своє тіло. Із помилками визначають час доби й тривалість подій;
- *«зворотне протікання часу».* Говорять: «Час тече вниз», «Час іде у зворотному напрямі», «Я іду назад у часі». Груба помилковість відтворення давності вже пережитих подій (події, що відбулися хвилину чи секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

Такі розлади сприймання часу трапляються при ураженні правої півкулі головного мозку.

2.3. Розлади пам'яті

Розлади пам'яті – це зниження або втрата здатності запам'ятовувати, зберігати, упізнавати та відтворювати інформацію. При різноманітних захворюваннях можуть страждати її окремі компоненти: запам'ятання; збереження; відтворення. Патопсихологічні мнестичні порушення лежать в основі багатьох психічних захворювань.

Виділяють такі розлади пам'яті:

Часткові порушення пам'яті (порушення пам'яті часткового характеру):

- *гіпомнезія* – зниження або послаблення пам'яті. Може бути вродженою та в деяких випадках супроводжується різноманітними аномаліями психічного розвитку. Найчастіше трапляється при астенічних станах, що виникають при перевтомі, у результаті перенесених важких захворювань. Під час видоровлення пам'ять відновлюється. У похилому віці при вираженому церебральному атеросклерозі й дистрофічних порушеннях у ділянках мозкової паренхіми різко погіршується запам'ятовування та збереження поточної інформації. І, навпаки, події далекого минулого в пам'яті зберігаються;
- *гіпермнезія* – посилення пам'яті. Зазвичай, носить вроджений характер і полягає в особливості запам'ятовувати інформацію в більшому, ніж норма, обсязі та на більш тривалий термін. Крім того, може спостерігатись у хворих у стані маніакального збудження при маніакально-депресивному психозі й маніакальних станах при шизофренії.

Амнезії – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати й відтворювати інформацію.

Види амнезій:

- *ретроградна амнезія* – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник із людиною;
- *антероградна амнезія* – труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості. Антероградна амнезія часто є наслідком ушкодження скроневих часток головного мозку або проміжного мозку – ділянок, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті в довготривалу. За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво.

Один з основоположників вітчизняної психіатрії С. Корсаков описав синдром, що виникає при хронічному алкоголизмі й названий на його честь «корсаківським психозом». Описаний ним симптомо-

комплекс трапляється й при інших захворюваннях, називають корсаківським синдромом.

Корсаківський амнестичний синдром. При цому порушенні пам'яті погіршується запам'ятовування поточних подій. Хворий не пам'ятає, хто з ним сьогодні бесідував чи відвідували його родичі, що він їв на сніданок, не запам'ятовує імена медичних працівників, які його обслуговують. Хворі не пам'ятають подій недавнього минулого, неточно відтворюють ті події, що відбулись із ними багато років тому. Вони постійно забувають щойно почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їхні загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними. Характерні симптоми – затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. У деяких випадках це спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок – нестачею вітаміна В1 (тіаміну).

Парамнезії як розлади відтворення: конфабуляції та псевдореміністенції.

- *конфабуляції* – заповнення пробілів пам'яті подіями та фактами, що не мали місця в реальності, причому це відбувається поза бажанням хворого ввести в оману, говорити неправду. Цей вид патології може спостерігатись у хворих на алкоголізм при розвитку корсаківського психозу, а також у хворих зі старечим психозом, з ураженням лобних долей головного мозку;
- *псевдореміністенції* – порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє. Це спотворені спогади, які відрізняються від конфабуляції більшою стійкістю. Хворі розповідають про минулі події, сприймаючи їх за теперішні. Іноді це навіть можуть бути події, яких не було насправді, а людина бачила їх увісні. Часто такі порушення трапляється у хворих зі старечими психозами;
- *криптомнезії* – розлади пам'яті, при яких людина присвоює собі чужі думки, вчинки, дії.

Закон формування мнестичних розладів Т. Рібо: порушення (втрата) пам'яті при прогресуючій амнезії, у випадку захворювання або в

похилому віці (як і її відновлення) відбувається в хронологічному порядку: спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні й недавні події, а вже пізніше – на старі. Відбувається втрата чутливості та звичок. У результаті, руйнується інстинктивна пам'ять. Відновлення відбувається у зворотному порядку.

Порушення пам'яті за причинами їх виникнення (за Р. Коннером):

Дисоціативні – не викликані явними фізіологічними причинами:

- *диссоціативна амнезія* (нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, тобто люди страждають ретроградною амнезією, антероградна амнезія в них буває рідко);
- *дисоціативна фуга* (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце й уявити себе новою особистістю), слідує зазвичай за сильним стресом, наприклад воєнними діями чи стихійним лихом, хоча її може викликати й особистісний стрес – фінансові або юридичні труднощі чи депресивний епізод. Фуги впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання. Пам'ять у більшості людей із дисоціативною фугою відновлюється повністю чи майже повністю, і в них не буває рецедивів;
- *органічний дисоціативний розлад особистості* (у людини присутні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття та вчинки один одного).

Фізіологічні – причини їх виникнення органічні. Органічними причинами порушення пам'яті можуть бути черепно-мозкові травми; органічні захворювання; неправильне застосування лікарських препаратів. Порушення пам'яті, спричинені фізіологічними причинами – *амнестичні розлади* (стосуються головним чином пам'яті). Люди з амнестичними розладами іноді страждають ретроградною амнезією, але в них майже завжди відзначається антероградна амнезія.

- *Деменції* (впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення). Найпоширенішою формою деменції є *хвороба Альцгеймера,* яка зазвичай вражає

людей, за віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити в середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей віком 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. Із посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі розв'язання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі. Урешті-решт, у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, більш віддалені в часі, у них часто дуже помітні зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати незвичайно агресивним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони відчувають якісь труднощі, але скоро стають тривожними й пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом. Із розвитком деменції вони все менше усвідомлюють свої недоліки. На пізніх стадіях хвороби такі особи можуть відмовитися від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватись у часі й просторі, часто безцільно блукати і втрачати розсудливість. Поступово хворі стають повністю залежними від навколишніх людей. Можуть утратити майже всі свої попередні знання й здатність упізнавати обличчя навіть близьких родичів. Усе гірше сплять ночами та дрімають упродовж дня. Остання фаза розладу може тривати від двох до п'яти років, причому хворі потребують постійного догляду. Жертви хвороби Альцгеймера звичайно залишаються у досить хорошому стані до пізніх стадій хвороби. Але з ослабленням їхніх психічних функцій такі особи стають менш активними та проводять більшість часу в сидячому положення або лежачи в ліжку. Як результат у них виникає схільність до різних захворювань, наприклад до пневмонії, що можуть закінчитися смертю. Більшість органічних розладів пам'яті стосується переважно декларативної пам'яті (пам'ять на імена, дати, якісь факти), ніж процедурної (засвоєні прийоми, які людина виконує,не відчуваючи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

2.4. Розлади мислення

Б. Зейгарник поділяє всі порушення мислення на чотири групи:

1. Порушення операційної сторони мислення: це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування. При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків. Проявляється резонерством.

2. Порушення особистісного компонентамислення:

- різноплановість мислення,
- зниження критичності,
- зниження саморегуляції означає втрату цілеспрямованості мислительного процесу.

3. Порушення динаміки мислительної діяльності:

- лабільність мислення – нестійкість способу виконання мислительних операцій, легкий перехід від одного до іншого;
- інертність мислення – тугість мислення, ригідність, труднощі переключення.

4. Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності виражається в неможливості цілеспрямованої організації мислительних дій. В. Кузнєцов та В. Чернявський розлади мислення класифікують як формальні й продуктивні.

Формальні розлади мислення диференціюються за темпом, логічною стрункістю та цілеспрямованістю.

До розладів мислення ***за темпом*** відносять:

- *прискорення мислення* – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення й, відповідно, мови в певній ситуації (наприклад лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідома корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні та численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до

іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення в поєднанні з відверненням уваги проявляється в стрибанні ідей (fuga idearum), коли вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають із підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням.

- *«стрибки ідей»* – максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу.
- *уповільнення темпу мислення* – зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна також відзначити бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.
- *ментизм* – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно й мимовільно.
- *шпреррунг* – «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

До розладів мислення ***за будовою*** відносять:

- *розірваність* – порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку; хворий проказує фразу граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній, наприклад «машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби»;
- *зісковзування* – утрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця;
- *безладність* – порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях; це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів «земля... чоботи... пішов дощ... вперед»; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості;

- *інкогеренція* – порушується зв'язок між складами у словах;
- *вербігерація* – стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Порушення ***цілеспрямованості*** мислення:

- *амбівалентність* – формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок та асоціацій, які взаємно виключаються;
- *резонерство* – міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «Залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова "здорово", то я не дуже здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваг і того, де вони стоять: якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і там неможливо довго перебувати...»;
- *розважність мислення* – проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості деталей. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Розлади мислення ***за продуктивністю*** характеризуються зміною мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої «продукції». Серед продуктивних розладів мислення виділяють невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї.

- *Невідчепні (нав'язливі) ідеї* – думки, уявлення, спогади, що виникають попри волю людини й заримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично та бореться з ними. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.
- *Надцінні ідеї* (домінуючі) – ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх

значущості. Вони посідають у свідомості й діяльності людини незаслужено велике місце. Надцінні ідеї супроводжуються високим емоційним напруженням та визначають напрям інших психічних процесів і поведінки. Саме інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї становить упевненість хворого, наприклад у несправедливому ставленні до нього, утисканні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості й ін. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу, з часом вони самі згасають.

Маячні ідеї – це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі й не піддаються корекції (переконанню). При цьому у хворого відсутнє критичне ставлення до них. За своїм змістом маячні ідеї бувають найрізноманітнішими. Виділяють маячення значення, ставлення, переслідування, збитків, самопринижения, ревнощів, величі, впливу та ін.

- *Маячення значення:* хворі стверджують, що багато з того, що діється довкола, має для них особливий зміст й особливе значення. Наприклад, зустрічний чоловік зняв бриля та оглянув його верх, а хворий це сприймає як те, що його власний головний убір заражений радіоактивними речовинами. Або вранці повз вікна пройшла машина з написом «Хліб», а для хворого це означає, що в цьому році буде неврожай і голод.
- *Маячення ставлення:* хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті стосується його, випадкові жести зустрічного міліціонера вказують напрямок, куди хворому потрібно тікати, тощо.
- *Маячення переслідування:* хворі стверджують, що їх переслідують з наміром покарати, убити, що вони є об’єктом спостереження органів міліції, рекетирів тощо.
- *Маячення фізичного впливу:* найчастіше стверджують, що існує група осіб, які діють секретними й часто магічними способами. Хворий упевнений, що перебуває під впливом апаратів, гіпнозу,

космічних променів, радіаційно-променевих приладів. Ці прилади нібито вмонтовані в стіни, стелю, телевізор, радіоприймач або у внутрішні органи хворого, у зуби тощо.

- *Маячення гіпнотичного впливу:* хворі впевнені, що на них навіюють гіпноз, який керує їхніми діями, думками, викликає різні почуття, бажання, потяги.
- *Маячні ідеї самозвинувачення:* хворі звинувачують себе в нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.
- *Іпохондричне маячення:* стосується стану внутрішніх органів хворого – хвороби внутрішніх органів, ідеї неповноцінності всього органу чи окремих його частин, смерті організму абоорганів. Хворі стверджують, що не мають шлунка, їжа кудись «провалюється», і тому в них немає випорожнень, їхні внутрішні органи давно згнили, немає дихання, пульсу, залишилася мертва шкіра; висловлюють ідеї ураження сифілісом, СНІДом та іншими тяжкими недугами, призначають дату своєї смерті. До цього виду маячення відносять також ідеї дисморфофобії – зміни форми й величини тіла, частіше – обличчя. При цьому хворі не допускають навіть можливості помилкового твердження. Вони впевнені в тому, що в них змінюється обличчя, зменшуються розміри статевих органів, мимовільно виходять гази. Описаний випадок, коли хворий був упевнений у тому, що в нього росте ніс; він його вимірював щодня, а потім відрізав. Фоном для формування ідей іпохондричного маячення є знижений або тривожний настрій.
- *Маячення ревнощів:* головна тема – подружня невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в таємних зустрічах із коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи «доказів», такий хворий вимагає від дружини зізнання в

зраді, жорстоко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним із найбільш суспільно небезпечних.

- *Маячення величі:* найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Є правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих на прогресивний параліч запевняв, що він флотоводець світу, командує всіма збройними силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері та може залишати людство без світла.
- *Маячення багатства:* хворий вважає, що в нього зібране все золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим тощо.
- *Марення винахідництва й відкриття:* хворі «винаходять» різні машини, апарати, прилади, роблять «відкриття» в науці, техніці, різні «проекти» надсилають у науково-дослідні інститути, в Академію наук.
- *Маячення високого походження:* хворі впевнені, що їхні батьки – відомі в країні політичні діячі, учені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

За В. Кузнєцовим і В. Чернявським, маячення має такі властивості:

а) воно завжди є ознакою хвороби;

б) не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення;

в) у ньому присутня паралогічність - «крива логіка»;

г) виникає при ясній свідомості;

г) маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю;

д) виникають за достатнього інтелекту.

2.5. Порушення мови та мовлення

Мова – це система мислення та спілкування з навколишнім середовищем. Виділяють специфічні психологічні операції, які забез-

печують засвоєння мови й навички її використання. Так, формування звукових образів слів пов'язане з розвитком здібностей розрізняти за звучанням складовий і фонематичний склад слова, запам'ятовувати певну послідовність фонем у словах та звукові образи слів. Неабияку роль у цьому відіграє і здатність мозкових механізмів аналізувати м'язові відчуття, які виникають при імітації дитиною окремих звуків та слів, а також зберігати їх (рухова пам'ять).

У формуванні мовленнєвої функціональної системи беруть участь мозкові анатомічні структури:

- *акустичний аналізатор* – зумовлює гнозис мовлення – упізнавання різних звуків та звукових рядків. Він розміщується в задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;
- кінестетичний аналізатор, що відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної півкулі.

Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, які розміщені на межі аналізаторів, переважно це скронева й тім'яна частки. В організації функції мовлення одночасно беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування. У дитячому віці, приблизно до п'яти років, провідною в організації мовленнєвого процесу є права півкуля (Е. Г. Симерницька). Вимовна частина мовлення також залежить від стану центральної та периферійної інервацій органів мовлення (язика, піднебіння, губ, голосових зв'язок).

Функції мовлення:

- *номінативна, змістова, позначальна*, що проявляється у віці до семи місяців, у період немовляти; вона визначає розуміння дитиною значення вживання нею чи іншими людьми звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;
- *комунікативна, регулювальнп,* що з'являється ще в перші місяці життя дитини, – це реакція на голос матері – «комплекс пожвав-

лення»; повязує дитину з навколишнім світом, живими істотами; її розвиток залежить від потреб дитини в спілкуванні, а мовлення стає одним із засобів реалізації цих потреб; у випадку відсутності потреби спілкування ця функція мовлення не розвивається, чи формується із запізненням; оскільки комунікативна сфера тісно пов'язана з емоційно-вольовим розвитком дитини; то мовлення як засіб спілкування має функції регулювання поведінки;

- *ідеаторна (розумова)* розвивається пізніше, поряд із формуванням функції мислення.

Структура мовлення:

- *фонетика* – акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення;
- *фонематика* – фонетичний, фонологічний, фізіологічний і психологічний аспекти мовлення;
- *граматика* – устрій мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень);
- *лексика* – уся сукупність слів мови чи діалекту.

Розлади мови – це розпад уже сформованої мови в дорослих або порушення її нормального розвитку в дітей, спричинені різними захворюваннями. Відмінності між усною та письмовою мовою можуть бути спровоковані певною хворобою. При захворюванні центральної нервової системи, як органічного, так і функціонального характеру, може значно порушувати письмо, почерк.

Аграфії – розлади письмової мови. Проявляються або в повній утраті здатності писати, або в грубому викривленні слів, пропусках складів, букв, нездатності з'єднувати букви та склади в слова тощо. Наприклад, для розладу письмової мови характерна зміна почерку у хворих на шизофренію. Він набуває рис химерності: незвичний розподіл букв та слів, обґрунтовані підкреслювання, розчерки тощо.

Картавість **–** неправильне вимовляння звуків мови, що виражається в їх викривленні та заміні. Причинами картавості можуть бути

анатомо-фізіологічні відхилення мовних органів, видозміни в будові артикуляційного апарату, наслідування неправильного вимовляння.

Найпоширенішими видами картавості є:

- *ротацизм* – неправильное вимовляння «р»;
- *сигматизм* **–** неправильне вимовляння шипячих і свистячих звуків;
- *ламбдацизм* – дефектне промовляння.

Мовлення – це складна функціональна система, для формування якої потрібен своєчасний розвиток мозкових структур і їх узгоджена робота в поєднанні з умовами соціально-психологічного впливу на розвиток дитини.

*Виділяють такі порушення мовлення****:***

Порушення розвитку мовлення:

- *затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР)* характеризується загальмуванням темпу формування переважно експресивного мовлення відносно етапів його розвитку; виникає при депривації;
- *загальний недорозвиток мовлення* зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного й кінетичного аналізаторів); має три рівні:
  1) зародки загальнозастосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи);
  2) більше слів, з’являються речення з неправильною граматичною структурою й спотвореною вимовою деяких звуків;
  3) страждає лексиграматична структура мовлення;

Алалія – «глухонімота», це відсутність або вроджена нерозвиненість аспектів мовлення при наявності слуху й збереженні можливостей розумового розвитку.

Причинами алалії можуть бути пошкодження мовленнєвих зон кори головного мозку, що виникають під час пологів, захворювань і травм мозку, перенесених в дитинстві в домовленнєвий період життя. При моторній алалії людина не може розмовляти, а при сенсорной – не розуміє звернутої до неї мови.

Види алалії:

а) *алалія моторна*. Хворий розуміє мову, але не в змозі висловитися, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока);

б) *алалія сенсорна*. Хворий не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке),

в) сенсо-моторна алалія – і те, й інше;

- *затримка мовленнєвого розвитку, в основі якої лежить вторинне недорозвинення мовлення,* спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір) або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).

Розпад мовлення:

Афазія – порушення мовлення, що виникає при локальных ураженнях кори лівої півкулі мозку, являє собою розлад різноманітних видів речової діятельності, сричинене локальными ураженнями мовленнєвих зон кори головного мозку. Характерна повна або часткова втрата мовлення.

У хворих наафазію порушується правильний підбір слів та складових їхніх мовленнєвих звуків, також порушується граматична побудова самостійного мовлення. Мова в таких пацієнтів збіднена, запас уживаних слів значно обмежений. Відбувається заміна одних слів і складів іншими, порушуються зв’язки між окремими частинами речення. При цьому можуть спостерігатися розлади читання та письма.

Види афазії:

- *динамічна афазія* – порушення послідовної організації мовленнєвого висловлювання, проявляється в порушенні планування мови, порушенні зв’язної усної мови, труднощах в актуалізації слів, означених дій.
- *сенсорна афазія* характеризується порушенням розуміння мови оточуючих. Відзначається грубе порушення в письмі. Виправити це не можливо, оскільки не в змозі віддиференціювати, наприклад, буквосполучення «та» від «ті». У хворих на сенсорною афазію більше, ніж при моторній афазії, порушено розуміння звернутої до них мови. Хворі часто не розуміють не тільки суті запитуваного, але й найбільш простих жестів. Вони розмовляють вільно, без

напруження й зупинок для пошуку підходящих слів, причему у висловленнях, дуже спотворених і малозрозумілих, допускаються часті заміни одних слів і складів іншими. Нерідко мова перетворюється в набір слів типу «словесна труха». *Для сенсорної афазії характерне мовленнєве нестримання (логорея).*

- *моторна (аферентна) афазія* – неспроможність або помітне зниження до висловлення, побудови слів і речень (виражена апраксія), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення. При цьому розуміння мови у них збережено.
- *еферентна афазія* – порушення кінестетичної організації мовленнєвих актів, труднощі переключення з одного слова або складу на інший;
- *акустико-гностична афазія* – порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова, «мовленнєва окрошка». Хворий шукає слова для висловлення думки;
- *акустико-мнестична афазія* – це порушення слухомовленнєвої пам'яті, проявляється у вигляді труднощів розуміння мови при її швидкості, пред'явленні двох мовленнєвих повідомлень, труднощі в усному мовленні – пошук потрібних слів;
- о*птико-мнестична афазія* – в основі якої лежать порушення зорової пам'яті, проявляється у вигляді складнощів в процесі вимови назви предмета та його зображення при порівняно легкій назві дії;
- *семантична афазія* – специфічний мнестичний розлад, коли складно підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно – порушення операцій лічби. Часто це супроводжується порушенням розуміння певних логіко-граматичних конструкцій: наприклад – батько брата, брат батька, весна перед літом тощо.
- *парафазія* – порушення мовленнєвого висловлювання, що проявляється в неправильному вживанні окремих звуків (букв) або слів в усній чи письмовій мові.

  Разрізняють два види парафазії:

- *літературна парафазія* – помилкова заміна окремих звуків або складів у словах, в основі котрої лежать сенсорні або моторні порушення мови;
- *вербальна парафазія* – заміна одних слів іншими, близькими за смислом, що обумовлено мнестичними або семантичними порушеннями мови.

- *контамінація* – проявляється як з'єднання окремих елементів різних слів в одне.

Порушення вимовної функції мовлення:

Дизартрія – це порушення вимовної сторони мовлення (звуковідтворювальної та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної й периферійної іннервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) – судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру. Виникає в результаті ураження ядер черепних нервів у стволі мозку, при розриві шляхів, що йдуть від кори головного мозку до ядер черепних нервів.

Афонія – тимчасова функціональна втрата голосу, що найчастіше спостерігається при істерії.

Дислалія – порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена іннервація мовленнєвого апарату.

Порушення ритму мовлення – заїкання – це порушення процесу мовлення: його темпу, ритму та комунікативної функції; переважно через судоми, які виникають в артикуляційному й дихальному апараті (тонічні заїкування - тягне звук, клонічні заїкування – «стрибає» звук).

Порушення комунікативної функції мовлення: недорозвинення комунікативної функції мовлення як засобу спілкування та організації поведінки дитини; розлад комунікативної функції мовлення – *мутизм (повна німота).*

Розлади уваги

Патологічні прояви уваги вивчені недостатньо, оскільки виділення в самостійний пізнавальний процес багато дослідників ставлять під сумнів.

Розлади або порушення уваги – це патологічні зміни спрямованості, вибірковості психічної діяльності. Виділяють такі види розладів уваги, як звуження об'єму уваги, нестійкість уваги. До розладів уваги можна віднести певні типи неуважності. Із патологічних проявів уваги слід указати на такі: нестійкість, недостатня концентрація, порушення розподілу, уповільнення переключення, розсіяність.

Існують такі види патології уваги:

- ***звуження об'єму уваги*** **–** це одночасне сприйняття порівняно невеликої кількості об'єктів;
- ***нестійкість уваги*** **–** порушення концентрації уваги та відволікання на побічні подразники.

Слабкість активної уваги (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) – характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астенічних станів. Досить помітно це при виконанні хворим тесту – віднімання від 100 по 7 чи 13. Уже після перших 2–3 правильних відповідей хворий починає помилятись, а після короткого відпочинку може знову давати правильні відповіді.

Послаблення уваги проявляється в ***неуважності.***

Першим типом неуважності є розсіяність, яка вимірюється інтенсивністю уваги. Цей тип неуважності спостерігається в нормі в дітей дошкільного віку та в астенізованих хворих.

Другий тип неуважності визначається високою інтенсивністю й низькою переключеністю внутріспрямованої уваги. Цей тип характерний для осіб, одержимих певною ідеєю, зосереджений на своїх переживаннях. У хворобливому стані це характерно для осіб із надцінними та нав'язливими ідеями. Розлади здатності переключати увагу спостерігаються при локальних ураженнях органічних процесів лобних доль головного мозку. У таких хворих ці явища виникають неоднократно, повторюються в результаті ускладнення переключення

уваги на нову дію (персеверація уваги). Спостерігаються й протилежні випадки, коли здатність переключення уваги патологічно посилюється. Здебільшого це характерно для маніакально хворих. Їхня увага постійно переключається на нові об'єкти зовнішнього світу, слова, сказані оточуючими, у результаті чого вони ні на чому на довго не можуть зосередитись.

Третій тип неуважності характеризується не тільки достатньо слабкою інтенсивністю концентрації уваги, а й ще більш слабкою її переключеністю. Такого типу видозміни уваги спостерігаються в похилому віці, при церебральному атеросклерозі, в умовах кисневої недостатності.

Підвищена зосередженість уваги – спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах.

Відвертання уваги – це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети та явища.

У практиці дитячої психології виділяють ***синдром дефіциту уваги.*** Його ознаки:

- неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, корчаться, «звиваються»);
- неможливість спокійно сидіти на місці, коли це потрібно;
- легке відволікання на сторонні стимули;
- нетерплячість (ледве дочікується своєї черги під час ігор і різних ситуацій у колективі);
- схильність відповідати, не задумуючись, не вислухавши до кінця запитання;
- труднощі при виконанні запропонованих завдань (не пов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою);

- труднощі підтримання уваги під час виконання завдань чи під час ігор;
- частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої;
- неможливість гратися тихо й спокійно;
- балакучість;
- схильність заважати іншим, «докучати» оточуючим (наприклад утручатися в ігри інших дітей);
- зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення;
- схильність губити речі, необхідні в школі та вдома (наприклад олівці, іграшки, книги тощо);
- часте здійснення небезпечних дій (недоврахування наслідків). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад перебігає вулицю, не оглядаючись по сторонах).

Запитання для самоперевірки

1. *Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.*
2. *Назвіть основні розлади сприймання.*
3. *Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?*
4. *Опишіть види ілюзій.*
5. *Назвіть види галюцинацій.*
6. *Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоагнозій.*
7. *Назвіть та опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.*
8. *У чому полягає відмінність деперсоналізації від соматоагнозії?*
9. *До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси в країні чудес?*
10. *Опишіть види порушень сприймання часу.*
11. *Назвіть та поясніть види патології уваги.*
12. *Чим можна пояснити те, що на сьогодні патологічні прояви уваги вивчені недостатньо?*
13. *Опишіть синдром дефіциту уваги.*
14. *Назвіть основні розлади пам ‘яті.*

15. *Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.*
16. *Поясніть суть часткових порушень пам ‘яті.*
17. *Опишіть види парамнезій.*
18. *У чому полягає закон формування мне стичних розладів Рібо?*
19. *Які види розладів пам ‘яті можна виділити за причинами їх виникнення?*
20. *Опишіть види дисоціативних розладів пам’яті.*
21. *Опишіть порушення пам’яті, викликані фізіологічними причинами.*
22. *Чим відрізняються деменції від амнестичних розладів?*
23. *Які групи порушень мислення виділяє Б. Зейгарник?*
24. *Опишіть суть формальних розладів мислення.*
25. *Опишіть суть розладів мислення за продуктивністю.*
26. *До якої групи розладів мислення належать амбівалентність, резонерсто, розважність мислення?*
27. *Наведіть приклади маячних ідей.*
28. *Опишіть види розладів інтелекту.*
29. *Охарактеризуйте клінічні варіанти олігофренії.*
30. *Назвіть основні порушення мовлення.*
31. *Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.*
32. *Охарактеризуйте розпад мовлення.*
33. *Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.*
34. *Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.*
35. *Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.*
36. *Навзвіть види розладів емоцій.*
37. *Що таке фобія? Опишіть види фобій.*
38. *Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.*
39. *Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.*
40. *Назвіть та опишіть розлади волі.*
41. *Опишіть розлади потягу.*
42. *Охарактеризуйте розлади психомоторики.*

РОЗДІЛ ІІІ
ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Порушення емоцій

Емоції (від латин. *Emovere* – збуджувати, хвилювати) – переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища й до самого себе. Емоції належать до філогенетично найбільш ранніх форм відбиття об'єктивної реальності в структурі мозку (гіпоталамус) та у свідомості.

Одним із перших емоційних проявів було відчуття болю. У процесі еволюції, як відомо, емоційні прояви стали більш різноманітними й різнорівневими. У дорослої людини це вже абстраговані суб'єктивні переживання, що являють собою форму вищої психічної діяльності. Емоційні стани можуть бути спричинені як зовнішніми факторами (фізичними подразниками, міжособистісними стосунками тощо), так і внутрішніми (розлади гомеостазу, вегетативної нервової системи).

Залежно від інтенсивності емоцій виділяють:

- ***настрій*** **–** відносно стійкий емоційний стан. Формується під впливом різних сприйнять, вражень, інтероцептивних сигналів і становить головний емоційний фон. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження. Відповідно до цього визначають такі *розлади настрою:*

1) ***ейфорія*** **–** підвищений настрій із відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації й обставинам особистого життя хворого;
2) ***дисфорія*** **–** стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини та продовжується від декількох хвилин до багатьох днів;
3) ***депресія*** **–** пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатися багато днів і місяців;

4) ***емоційна лабільність*** – коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану;

• **Афект –** інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки й немотивованих вчинків. Афекти властиві всім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями.

До ***розладів афектів*** відносять:

1. Патологічний афект – афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією своєї поведінки після закінчення афекту. Характеризується також порушенням орієнтації, надмірною жестикуляцією, мовною роз гальмованістю; закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою, не пам'ятає, що з нею відбулося, нерідко пригнічена.

2. Страх – стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій (страх проектується назовні – страх гострих предметів, тварин...).

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- адекватності;
- інтенсивності;
- тривалості;
- міри контрольованої людиною почуття страху.

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як ***фобія.***

Види фобій (більш детально викладено в «Словнику фобій», що розміщений в кінці посібника).

3. Тривога **–** стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проектується назовні – тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій тощо).

Інші розлади емоцій:

- ***слабодухість*** **–** підвищена виснажливість емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості;
- ***неадекватність емоцій*** **–** парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних – тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Ще називають ***паратимією*** (неадекватний афект, що кількісно та якісно не відповідає причині, яка його спричинила);
- ***апатія*** **–** хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабко виражені. Поєднується зі звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;
- ***туга*** **–** почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).
- ***відчуття втрати почуттів*** **–** переживання незворотної втрати можливості почувати;
- ***амбівалентність*** **–** одночасне співіснування протилежних почуттів;
- ***алекситимія*** **–** утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);
- ***ангедонія*** **–** утрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

1) маніакальний синдром характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

2) депресивний синдром – тріада симптомів: тужливий настрій; уповільнене мислення; рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Розрізняють два ***види недорозвитку емоцій:***

1) загальний недорозвиток емоцій – у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія) прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;

2) парціальний недорозвиток емоцій – синдром Каннера – дитячий аутизм (безпристрастне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мімічних ознак емоційних проявів).

3.2. Порушення волі

Людина з моменту народження постійно має різні потреби: спочатку найпростіші, а потім усе більш різноманітні й складні, що мають значення не лише для підтримки гомеостазу, а й для самовизначення в умовах соціального середовища. Реалізація потреб здійснюється за допомогою мотивів та форм діяльності, спрямованих на задоволення потреб. Активна цілеспрямована психічна діяльність отримала назву «воля».

Цілеспрямована діяльність людини є свідомою та включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

а) виникнення потягу (спонукання); б) постановка мети й мотивація; в) завершення дії – здійснення мети.

Розлади волі:

- *незрілість і недорозвиток волі* – некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);

- *гіпербулія* – надмірна активність, хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб. Ця активність має одноріч-ний характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;
- *гіпобулія* – послаблення активності, спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і насилу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку.
- *абулія* – відсутність вольової активності часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);
- *парабулія* – перекручення вольової активності**,** трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Проявляється *негативізмом* – безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; *амбітендентністю* – одночасно наявні активні дії та відмова від них; *імпульсивністю* – безмотивність дій і вольова некерованість;

Розлади потягу. Потяг визначається потребами, це складне явище, воно формується на основі безумовних рефлексів – інстинктів, які опосередковуються корою півкуль великого мозку й відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг уключає в себе потреби вищого рівня.

Розлади потягу:

1. Послаблення й посилення харчового потягу. Зниження чи відсутність апетиту:

– *анорексія* (утрата бажання споживати їжу), відмова від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов’язана з наявністю в нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого;

– *булімія* – підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду;
– *поліфагія* – всеядність. У нормі часто трапляється в період росту організму, а патологічні прояви – при цукровому діабеті.

2. Послаблення й посилення статевого потягу.

Гіпосексуальність – зниження статевого потягу – буває при депресії, шизофренії, астенічних станах, неврозах.

Гіперсексуальність – посилення статевого потягу, часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку.

3. *Перекручення потягу* – стосується різних інстинктів.

Розлад інстинкту самозбереження проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути неїстівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів.

Суїцидоманія – патологічний потяг до самогубства.

Копрофагія – патологічний потяг до поїдання власних екскрементів.

Перекручення статевого потягу (сексуальні перверзії) – торкаються різних форм статевого життя.

Найчастіше трапляються:

- *гомосексуалізм* – потяг до особи однойменної статі;
- *трансвестизм* – хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;
- *ексгібіціонізм* – хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;
- *садизм* – потяг завдавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;
- *мазохізм* – бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;

рідше трапляються:

- *педофілія* – статевий потяг до дітей;
- *некрофілія* – статевий потяг до трупів;
- *зоофілія* (скотолозтво) – статевий потяг до тварин;
- *фетишизм* – статевий потяг до жіночого туалету.

4. Імпульсивні потяг і дії виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає в протиріччя з усталеними міжособистісними та соціальними стосунками. Це нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, утратою здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру. До імпульсивних дій відносять такі види потягу:

- *піроманія* – потяг до підпалів;
- *клептоманія* – потяг до крадіжок без корисливої мети;
- *дромоманія* – потяг до бродяжництва.

Розлади психомоторики:

- *недорозвиток психомоторики*;
- *гіпокінезії* – зменшення обсягу довільних дій та довільних рухів;
- *гіперкінезії* – рухове збудження;
- *гіперкінези* – мимовільні рухи окремих м'язів або групи м'язів;
- *ехопраксії* – повторення рухів співрозмовника;
- *ехолалії* – повторення слів;
- *ехомімії* – копіювання міміки;
- *паракінезії* – спотворення рухів;

Розлад цілеспрямованості дій – ***диспраксія*** – спостерігається переважно при органічних неврологічних захворюваннях, рідше – за деяких психічних розладів, здебільшого таких, які пов'язані з органічними ураженнями нервової системи. Більш легкий ступінь диспраксії – апраксія – утрата здатності здійснювати цілеспрямовані дії за збереження рухової й координаційної здатності. Трапляється за вогнищ уражень кори великих півкуль головного мозку та провідних шляхів мозолистого тіла.

Запитання для самоперевірки

1. *Охарактеризуйте поняття емоції та їх основні види за інтенсивністю пряву.*
2. *Дайте характеристику поняття афекту та основних розладів афектів.*
3. *Охарактеризуйте розлади волі.*
4. *Охарактеризуйте розлади потягу.*

РОЗДІЛ IV
ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУ ТА РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ

4.1. Розлади інтелекту

Інтелект – система всіх пізнавальних здібностей індивіда й здатність до пізнання та розв'язання проблем, що визначають успішність будь–якої діяльності.

Виділяють три форми інтелектуальної поведінки:

- вербальний інтелект – уключає запас слів, ерудицію, уміння розуміти прочитане;
- здатність розв'язувати проблеми;
- практичний інтелект, уключає вміння адаптуватися до оточуючої обстановки; він найбільше може змінювати поведінку людини, порушувати адаптацію.

Виділяють три форми організації інтелекту:

- здоровий глузд (процес адекватного відображення реальної дійсності, що ґрунтується на аналізі мотивів поведінки оточуючих людей і використовує раціональний спосіб мислення; дає змогу уникати логічних помилок в інтерпретації зовнішніх ситуацій, обирати адекватний спосіб взаємодії з оточуючими);
- розсудок (спосіб діяльності, що ґрунтується на використанні формалізованих знань, трактуванні мотивів діяльності учасників комунікації);
- розум (найвищий ступінь логічності; сприяє формуванню теоретичних знань).

Для зручності практичного вивчення рівня розвитку інтелекту та його порушень у клінічній психології виділяють:

1) інвентар інтелекту – знання, набуті навички, уміння тощо;

2) передумови інтелекту – пам'ять, увага, мислення, мовлення, вольові процеси, мотивація тощо;

3) власне інтелект здатність до узагальнення, абстрагування, міркування, думки, судження, здатність робити висновки тощо.

Розвиток інтелекту загалом залежить від усіх його мозкових структур, біологічно закладених і набутих знань, умінь.

До основних порушень інтелекту відносять:

1. Недорозвиток інтелекту (загальний), коли порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту й, насамперед, інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним (наприклад – олігофренія).

Олігофренія в перекладі з грецького *(oligo* – мало; *phren* – розум) означає недоумкуватість – стан психічного недорозвинення. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Мозок плода уражується при краснусі вагітних, при наявності в плода й відсутності в матері резус-фактора. Для олігофренії характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні та вольові порушення. Інколи на фоні загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, виконує складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші тощо.

За ступенем психічного недорозвинення виділяють три клінічні варіанти олігофренії:

- *ідіотія* – це найглибший ступінь психічного недорозвитку. Мова не розвивається, хворі видають лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють їстівне від неїстівного, нерідко пожадливі, неохайні. При великій схожості загальних ознак ідіотії виділяють два її різновиди:

– характеризується розгальмованістю моторних функцій: хворі постійно перебувають у русі, хапають речі, пхають їх до рота, зустрічаючи протидію, виявляють невдоволення, верещать, плюються, кусаються;

– характеризується протилежними ознаками: хворі малорухливі, більше лежать, довго сплять.

При менш глибокій ідіотії хворі впізнають родичів, виявляють ознаки прихильності, вимовляють окремі слова. Патофізіологічні дослідження показали можливість умовнорефлекторної діяльності лише при легких ступенях ідіотії;

- *імбецильність* – середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їхня мова, хоч і дуже бідна, але послідовна, їх удається навчити читання, письма, елементарної лічби, прищепити трудові навички (підмітати підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Емоції при імбецильності одноманітні, часто примітивні, неадекватні;

- *дебільність* – це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності – нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним. Ці хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити. До 4–6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчаться погано. У навчанні багато залежить від особливостей характеру. Старанні спокійні діти, завдяки своїй посидючості, під контролем батьків задовільно вчаться у нормальній школі, закінчують перші класи. Частіше, однак, вони не спроможні осмислити елементарний навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі.

Психічний недорозвиток при дебільності може мати різні ступені вираженості.

- *Виражена дебільність* – навчання грамоти дається з великими труднощами навіть у допоміжній школі. Трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштовані й забезпечені певним життєвим мінімумом. Вони легко піддаються чужим впливам, тому часто стають співучасниками кримінальних злочинів. В осіб із вираженим ступенем досить добра механічна пам’ять, але більш ретельне дослідження дає

змогу виявити цілковиту нездатність до абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Перехід від простих, конкретних понять до складніших, абстрактних узагальнень у них неможливий. У процесі навчання виявляється відсутність ініціативи, самостійності, уповільненість, інертність.

- *Помірно виражена дебільність*. Якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7–8 класів, навчаються в професійно-технічних училищах, освоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу. Водночас вони мають невеликий об'єм знань, не здатні користуватися складними поняттями, зрозуміти складне запитання. Вони мислять схемами-шаблонами, які засвоїли або в школі, або в процесі життя. Зміна звичного способу мислення для них неможлива. Переважає конкретний тип мислення, хоча дещо й менше, ніж при вираженій дебільності. Емоційно-вольова сфера при цьому розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Проте для них характерна слабкість самовладання та нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, деяка імпульсивність поведінки, піддатливість сторонньому впливові.
- *Легка дебільність* виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які вимагають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеня абстрагування. Такі люди можуть мати середню освіту, кваліфіковану професію, але в них переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, відсутність оригінальності в оцінках зовнішніх подій, несамостійність.

2. Частковий недорозвиток інтелекту **–** недорозвинуті окремі ланки структури інтелекту. Наприклад: передумови (пам'ять, увага); порушена здібність до конструктивного мислення – через нестачу просторових уявлень – дискалькулія; мовні порушення – недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект).

3. Деменція – синдром недоумкуватості – стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення й занепад. Вона проявляється в послабленні пізнавальних процесів за рахунок зниження пам'яті, здатності до узагальнення, абстракції тощо. При цьому відбувається розлад особистості, утрата критичного сприйняття свого стану. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватись уже набутими.

4. Органічний психосиндром (психоорганічний синдром) належить до зниження психічних процесів і властивостей особистості. Частково його можна розглядати також як розлад пам'яті та інтелекту. Трапляється при органічних захворюваннях (прогресуючого типу або як наслідок органічного ураження головного мозку різного походження). Основні симптоми: зниження уваги, інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій. У хворих утруднюється концентрація уваги на зовнішніх об'єктах, вони часто відволікаються. Дуже страждає пам'ять як короткочасна, так і довготривала, особливо запам'ятовування й репродукція. Темп мислення дуже вповільнений. Страждає критичність розуму, поняття дистанції, етичність поведінки, її мотивація. Дії та діяльність часто імпульсивні, мають місце розлади потягів тощо.

5. Затримка психічного розвитку (у дітей) – переважно мало знань, умінь, малий світогляд тощо (Мауглі). Основні ознаки ЗПР: збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан.

6. Функціонально-динамічне страждання інтелекту – наявні всі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

7. Тимчасова втрата інтелекту – синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку)

4.2. Деменція

Загальна характеристика захворювання

Деменція (латин. *dementia* – безумство, слабоумство) є результатом хворобливого процесу, що проявляється в стійкому зниженні продуктивності пізнавальних процесів та емоційно-вольової сфери.

Коли лікар після обстеження робить висновок про наявність дементного розладу (чи то хвороба Альцгеймера, чи схоже на неї захворювання), це означає, що людина демонструє явні ознаки погіршення пам'яті, мислення та порушення поведінки. Найперші симптоми деменції, які може визначити сім'я, – це проблеми з пам'яттю, (людина не може згадати недавні події), труднощі у виконанні звичайних, повсякденних справ Людина може також відчувати зміненість власної особистості, у неї змінюється поведінка, погіршується судження, з'являються труднощі в підборі слів, думки ніби зупиняються або вона не може фіксувати їх.

Це набуте слабоумство, яке поділяється на *глобарне (тотальне, дифузне) та локальне (лакунарне)*.

При *тотальному (повному) слабоумстві* відзначається не тільки грубе порушення інтелектуальних здібностей, але й розпад особистості. Хворі не здатні використовувати у своїй діяльності попередній досвід. Критика до свого стану в них, як правило, відсутня, вони не здатні співвідносити свої вчинки з вимогами етики та моралі.

Глобарна деменція може развитися в результаті важкої травми головного мозку, гіпертонічними захворюваннями з вираженим церебральним синдромом і повторними інсультами, у старечому віці. При частковому слабоумстві інтелект порушується не повністю, однак мислительні процеси сповільнюються, відзначається помірне зниження пам'яті. Критичне ставлення хворих до свого стану зазвичай збережено.

Лакунарне слабоумство відзначається при церебральному атеросклерозі в передстаречому віці, при тяжких соматичних захворюваннях. Хворі з порушенням інтелекту доставляють багато клопоту під час їх обслуговування

Хвороба *Альцгеймера* (названа на честь Алоїза Альцгеймера, який описав її вперше в 1906 р.) є найбільш типовим випадком деменції. Вона уражає ділянки мозку, відповідальні за процеси мислення, пам'яті, знання мови. Хвороба розвивається поступово й повільно, спостерігається у всіх прошарках суспільства, не пов'язана ні з тою чи

іншою соціальною верствою, статтю, етнічною групою чи географічним положенням. Причина хвороби вияснена недостатньо, вважають, що в клітинах мозку порушується синтез білків, що тягне за собою зміну активності ферментів і процесів клітинного обміну. Не виключено й вірусну причину захворювання. Хвороба Альцгеймера проявляється в кожної особи індивідуально, адже особливість кожної людини унікальна, саме її риси до хвороби (особливості характеру, фізичний стан, стиль життя) визначають характер хворобливих проявів.

Початкова стадія захворювання часто розцінюється родичами, друзями як «просто похилий вік» або нормальний процес старіння. У віці 55–56 років можуть з'явитися такі ознаки (початкова стадія):

- труднощі в підборі слів;
- погіршення запам'ятовування;
- дезорієнтація в часі;
- відчуження від рідних:
- явні труднощі в прийнятті рішень;
- недостатня ініціатива та зниження мотивацій;
- прояви ознак депресії й агресії;
- зниження цікавості до улюблених занять та загальної активності.

Середня стадія захворювання характеризується такими *ознаками:*

- хворі стають забудькуватими, особливо на недавні події й імена;
- не можуть довгий час залишатися самі, не створюючи проблем;
- не здатні приготувати собі їжу, піти в крамницю, підтримувати особисту гігієну;
- можуть бути категорично залежними від оточуючих;
- потребують допомоги при вмиванні, одяганні, відвіданні туалету;
- мають труднощі в мові, що наростають (від заїкання до повторення окремих слів та звуків);
- ідуть із дому, скоюють безглузді вчинки;
- стають утраченими для сім'ї та суспільства;
- у них можуть з'явитися галюцинації, судомні напади (у 30 % хворих).

Пізня стадія захворювання характеризується загальною залежністю від оточуючих та втратою спонтанної активності. Розлади пам'яті набувають дуже серйозного характеру, фізичні прояви стають більш очевидними.

Хворий може:

- мати труднощі в прийомі їжі;
- утратити вагу при підвищенні апетиту;
- не впізнавати родичів і друзів;
- не орієнтуватися у квартирі;
- не розуміти й не оцінювати події;
- страждати на нетримання сечі та калу;
- проявляти неадекватну поведінку серед людей;
- бути прикованими до крісла чи ліжка.

Природу захворювання не встановлено, але добре відомо, що хвороба Альцгеймера не може бути зумовлена:

- судинними ураженнями мозку, його травмами;
- причинами, пов'язаними із сексуальними розладами;
- інфекціями;
- похилим віком;
- впливом на організм алюмінію чи інших металів.

Діагноз хвороби Альцгеймера встановити можна на підставі ретельного вивчення історії проблем хворого, опитування родичів і друзів, фізичного огляду та вивчення стану. Важливо виключити схожі стани й захворювання, пов'язані з порушенням пам'яті інтоксикації, ендокринні захворювання тощо.

Ефективного лікування хвороби Альцгеймера, на жаль, не існує. Полегшити важкий стан хворого можна правильним та ефективним доглядом за ним, за допомогою консультування терапевтом, соціальним працівником, іншими спеціалістами. Деякі симптоми знімаються ліками, але, перш ніж їх застосувати, треба порадитись із лікарем.

Хвороба Піка

Захворювання трапляється рідше, ніж хвороба Альцгеймера. Описано в 1896 р. Арнольдом Піком, воно виникає, зазвичай, у віці 55 років, продовжується 5–6 років. Захворювання починається зі змін структури особистості людини.

Початкова стадія характеризується такими проявами:

- розгальмованість учинків, потягів, раннє моральне огрубіння;
- здатність до антисоціальних вчинків;
- відсутність критики до поведінки, легковажність;
- підвищений настрій;
- зниження здатності осмислювати ситуацію, зміст прочитаного;
- зниження працездатності.

Середня стадія характеризується прогресуванням недоумкуватості. Виникають такі розлади:

- збіднення мови з подальшою (до «телеграфного стилю») повною втратою її, повторення слів, реплік, звуків.
- утрата мови як засобу спілкування в поєднанні з байдужістю пацієнта до цього, розлади письмової мови;
- утрата практичних навичок із самообслуговування.

За своїм станом пацієнти нагадують тих, хто страждає на хворобу Альцгеймера.

Пізня стадія характеризується повним розладом особистості. Хворі ведуть вегетативний спосіб життя, постійно перебувають у ліжку, часто в ембріональній позі. Мова зовсім відсутня. Періодично бувають рухливо збуджені. Ненажерливість поєднується з виснаженням. Потребують цілодобового нагляду.

Хвороба Гентінгтона

Захворювання характеризується хронічними настирливими рухами-гіперкінезами та недоумкуватістю, яка не досягає такої глибини, як при хворобах Альйгеймера та Піка. Це – спадкове захворювання, починається переважно в середньому та похилому віці. Деменція

прогресує дуже повільно, на деяких етапах хвороби її розвиток припиняється. Тому деякі хворі тривалий час можуть перебувати в домашніх умовах і виконувати нескладну роботу. Але при цьому вони неспроможні осмислювати нові завдання, узагальнювати, набувати нових навичок і т. ін. При хореї Гентінгтона часто трапляються психічні розлади від іпохондричних, депресивних, дісфоричних синдромів до маячних (ідеї ревнощів, переслідування, отруєння), інколи буває тактильний галюциноз. Лікування – оперативне (руйнування нервових клітин гангліїв), котре зменшує гіперкінези та медикаментозне (нейролептики й препарати, які порушують утворення допаміну – метілдопа, Л-допа). Специфічного лікування немає.

Сенільна деменція (стареча недоумкуватість)

Виникає, зазвичай, у віці 70–80 років у зв'язку з атрофією кори головного мозку, характеризується розпадом психічної діяльності й розвитком повної недоумкуватості. Захворювання розвивається поступово, повільно. З'являються малопомітні та зовсім не властиві хворим раніше риси: дріб'язковість, жадоба, сварливість, підозріліть, статева розпущеність. Хворі не здатні зосередитися на чомусь, метушливі. Порушується сон, він стає поверхневим і короткочасним. Здебільшого хворі сплять удень, уночі ходять по квартирі, щось шукають, переставляють меблі тощо. Порушується пам'ять: спочатку погано запам'ятовують імена, недавні події, новий матеріал, далі втрачається відтворення давніх подій від нового до старого, від складного до простого. У розквіт хвороби не лише забувають, куди поклали гроші чи речі, а й не пам'ятають імена дітей, свого віку, поточного року й місяця, не здатні відтворити події, як поточні, так і віддалені.

Переставляють у пам'яті події далекого минулого, вважають, що вони відбувалися нещодавно. Утрачають здатність орієнтуватися не тільки в конкретній ситуації, а й у просторі взагалі. На кінцевих стадіях «впізнають» у незнайомих людях осіб, яких знали в дитинстві чи в молодості, давно померлих родичів, називають дітей братами чи сестрами, братів і сестер – батьками, тощо. На відміну від інших форм

недоумкуватості похилого віку тривалий час зберігаються темп, жвавість і виразність мови. Зі зростанням деменції відбувається поступове вихолощення мови й розпад її граматичної структури. Значне місце в мові посідають слова-паразити, частки, вигуки, збільшується розрив між мисленням і мовою, що призводить до беззмістовної балакучості. Але повного розпаду експресивної мови, як при хворобі Альцгеймера, не буває. Інколи спостерігаються маячні синдроми з ідеями обкрадання, збитків, підміни речей тощо, що пов'язано з порушенням пам'яті. При зростанні деменції маячення розпадається.

Лікування симптоматичне, але малоефективне. Застосовують вітаміни, судинно-розширюючи, гормони, ноотропи. Важливі режим праці та відпочинку, догляд.

Судинна деменція

Зазвичай цей вид деменції розвивається внаслідок пошкодження мозку при високому артеріальному тиску, що призводить до розриву кровоносних судин у мозку або при закупорці (тромбозі) судин, тим самим утруднюючи або припиняючи доступ крові до клітин мозку. Розвивається раптово або поступово. Першою ознакою може бути погіршення короткочасної пам'яті – на недавні події. Потім усе більше здібностей погіршується. Дуже типовим є чергування періодів то погіршення а стабілізації хвороби. На ранніх стадіях хвороби визначається високий рівень усвідомлення хвороби, критика власного стану, на відміну від того, що буває при хворобі Альцгеймера.

Як поводити себе тим, хто живе поруч із хворим на деменцію, та догляд за ним.

Людям, які доглядають хворих на деменцію, може бути дуже важко. Однак цю ситуацію можна подолати, якщо звернути увагу на деякі положення, котрі полегшать догляд за хворим.

1. Догляд за хворою людиною примусить вас змінити свій розклад, внести зміни до планування вашого життя. Але намагайтеся не змінювати усталені правила у вашому домі, та природно ставитися до хворого родича так, як до хворого.

2. Дуже важливо, щоб хворий відчував власну незалежність якомога довше. Це зменшить відчуття руйнування власної особистості в нього.

3. Не забувайте, що людина, котру Ви доглядаєте, залишається індивідуальністю, має свої відчуття. Уникайте обговорення стану хворого в його присутності, цим ви підтримаєте в нього відчуття власної гідності.

4. Уникайте конфліктів, які є стресами для вас та для хворого, намагайтеся не звертати уваги на невдачі. Не забувайте, що хворий не винен у тому, що захворів.

5. Намагайтеся спростити світ навкруги хворого, не ставте перед ним надто складних завдань, умов вибору.

6. Смійтеся разом із хворим, але не над ним. Гумор може допомогти повернутися до життя.

7. Пам’ятайте про необхідну безпеку хворого, оскільки погіршення фізичної координації та пам’яті збільшує вірогідність тілесних ушкоджень. Зробіть свій дім якомога більше безпечним.

8. Заохочуйте заняття фізкультурою, що забезпечить непогані фізичні та психічні здібності на довгий час.

9. Підтримуйте спілкування з хворим, говоріть виразно та повільно, дивлячись йому в очі, проявляйте любов і теплоту, відшукуйте такі комбінації слів, які б спонукали його до спогадів або спілкування, не забувайте перевірити, чи слухає він вас. Не забувайте, що відчуття хворого не спрощуються зі зникненням блиску очей та погіршенням слуху.

Практичні поради щодо побуту хворого на деменцію

1. Підтримуйте виконання хворим правил особистої гігієни (миття хворого в приємній обстановці, гоління тощо) в безпечних умовах, дозволяючи йому робити самостійно те, що йому під силу.

2. Одежу хворого, вільну за покроєм, яку легко змінити, тримайте в одному місці, де він легко зможе її знайти. Якщо потрібно, потренуйте хворого в одязі.

3. Складіть графік відвідування туалету, зробіть напис на його дверях великими помітними літерами, залишайте ці двері відкритими. Обмежте вживання хворим рідини у вечірній час, ставте нічний горщик поблизу ліжка хворого.

4. Якщо хворий утрачає навички приготування їжі, визначтеся, наскільки добре він може приготувати їжу, приберіть ріжучі предмети та посуд, що б'ється. Потурбуйтеся, щоб у хворого було досить білкової їжі, особливо м'яса.

5. Коли хворі втрачають навички користування посудом і самостійного приймання їжі, її можна дозволити їсти руками. Їжу перед уживанням бажано нарізати невеликими шматочками, а на пізній стадії годувати слід вареною, ретельно подрібненою чи рідкою їжею. Нагадуйте хворому, щоб він їв повільно, не перегодовуйте його.

6. Не залишайте хворого, коли він палить, або відмовте, по можливості, його від цього заняття.

7. При порушеннях нічного сну намагайтеся не давати можливості спати вдень, якомога більше гуляйте з хворим удень та давайте йому фізичне навантаження. Створіть необхідні комфортні умови для нічного сну.

8. Якщо хворий боїться залишатися на якийсь час на самоті, намагайтеся зайняти його цікавою справою на час вашої відсутності або попросіть когось із знайомих хворому людей побути поруч із ним.

9. Коли хворий забуває, де його речі, намагайтеся знайти, куди він їх поклав. Документи, ключі, інші важливі речі тримайте далі від нього. Перевіряйте відро для сміття, перш ніж звільнити його. Погоджуйтесь із хворим, що речі можуть загубитися, організуйте сумісний їх пошук.

10. Зробіть так, щоб у хворого завжди були дані про нього (прізвище, ім'я, по батькові, адреса, номер телефону) на випадок, якщо він вийде з дому без вашого відома та заблукає. Уникайте грубощів, не сваріть хворого, коли відшукали його, говоріть спокійно, із любов'ю. Зробіть фотографію хворого, це допоможе вам при пошуках.

11. У випадках злостивості та агресії хворого тримайте себе спокійно, переведіть його увагу на більш спокійну діяльність, виясніть, що стало причиною агресії, щоб уникнути її в майбутньому.

12. При появі маячних розладів, галюцинацій, пригніченого настрою, тривоги тощо зверніться до психіатра.

4.3. Олігофренія

Загальна характеристика захворювання.

В перекладі з грецького слово «олігофренія» (*оліго* – мало, *френ* – розум) означає стан психічного недорозвинення. Причиною його можуть бути:

- несприятлива спадковість чи ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикація, травм материнського організму (ще в період внутрішньоутробного розвитку);
- пологові травми й тривала асфіксія плода;
- захворювання дитини в перші роки життя; що раніше відбувається ураження, то важчий дефект психічного розвитку.

Для олігофренії характерні не лише низький інтелект, але й погана пам’ять, порушення уваги, емоційні та вольові порушення. Інколи на тлі загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляються окремі гарні здібності (до складних арифметичних обчислень, запам’ятовування довгих віршів тощо).

За ступенем психічного недорозвинення виділяють такі варіанти олігофренії:

- легка розумова відсталість (дебільність);
- помірна розумова відсталість (неглибоку імбецильність);
- важка розумова відсталість (різко виражена імбецильність);
- глибока розумова відсталість (ідіотія).

При *легкій розумовій відсталості* психічний вік у дорослих відповідає віку 9–12 років. Із ранніх років хворі виявляють відставання в розвитку, пізніше починають ходити, говорити. До 4–6 річного віку це відставання згладжується, але в школі вони вчаться погано. Якщо діти

спокійні, старанні, то завдяки своїй посидючості під контролем батьків вони вчаться у звичайній школі задовільно, закінчують 1–2 класи. Частіше вони не спроможні осмислити навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі. Краще засвоюють трудові навички, навчені певного ремесла, вони можуть бути працевлаштовані та забезпечені певним життєвим мінімумом. Вони легко піддаються сторонньому впливу, тому часто стають співучасниками злочинів. У хворих досить добра механічна пам'ять. Залежно від ступеня вираженості недорозвинення інтелекту, мають різний обсяг знань, інколи можуть мати середню освіту, але й у цьому випадку переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, несамостійність. Емоційно-вольова сфера розвинена більше, поруч зі слабкістю саморегуляції, нездатністю подолати свої потяги, недостатнім обдумуванням своїх дій, імпульсивністю поведінки.

При *помірній розумовій відсталості* психологічний вік дорослих відповідає 6–9 рокам. У дитинстві спостерігається виражене відставання в розвитку, але більшість із них володіє невеликим запасом слів. Мова, хоча й дуже бідна, але послідовна. Хворих удається навчити читанню, письму, елементарного рахування, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати просту їжу, погодувати домашніх тварин, тощо). Але вести самостійний спосіб життя такі люди неспроможні. Вони потребують сторонньої підтримки поза спеціалізованими закладами (інтернатами).

При *важкій розумовій відсталості* психологічний вік дорослої людини менше трьох років. Це – найважчий ступінь психічного недорозвинення. Мова не розвивається, хворі видають нерозбірливі звуки. Відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють їстівне від неїстівного, нерідко пожадливі, неохайні. Одні з них мають розгальмованість рухів (бігають, хапають речі. Пхають їх до рота), при протидії виявляють невдоволення. Інші – малорухомі, більше лежать, сплять. Не здатні засвоїти елементарні навички самообслуговування, спілкування.

Форми розумової відсталості за причинами виникнення

Справжня (первинна) мікроцефалія

Хворі вирізняються малими розмірами черепної коробки: окружність голови ледве сягає 40 см унаслідок передчасного заростання кісткових швів. Малі розміри черепа припиняють розвиток мозку. Типовою є невідповідність між невеликим черепом і нормальним зростом.

Розумова відсталість при мікроцефалії досягає ступеня важкої або глибокої. Хворим властива жвавість емоційних реакцій, відповідне реагування на радісні й неприємні події. Для них також характерна афективна нестабільність. Хворі дратливі, гнівливі, разом із тим добре піддаються зовнішньому впливу та здатні до наслідування. У зв'язку з тим, що диференційовані й точні рухи їм не властиві, виробити в них навіть нескладні трудові навички не вдається.

Фенілпіровиноградна олігофренія (фенілкетонурія)

Ця форма розумової відсталості виникає при спадково зумовленому порушенні обміну амінокислоти фенілаланіну, який входить до складу всіх продуктів харчування, особливо білкових. Наслідком цього є порушення обмінних процесів, важливих для мозку дитини, що росте та розвивається, припинення розвитку вже на першому році життя, що призводить до важкої розумової відсталості, епілептиформних нападів, ранньої інвалідизації. При народженні й у перші тижні життя дитина нічим не відрізняється від здорових немовлят. Діагноз можна встановити лише біохімічним дослідженням кількості фенілаланіну в крові дитини, яка на 5–6 день життя підвищується в 10–20 разів. На 2–3 місяці життя діагностика проводиться досить простими хімічними пробами: при додаванні до сечі кількох крапель 10 % розчину хлориду заліза вона стає темно зеленою. Те саме відбувається, якщо нанести краплю реактиву на мокру пелюшку.

Але вже на 2–3 місяці життя немовляти можна помітити, що у нього посвітлішало волосся (особливо, коли при народженні воно було темним), світлішають райдужні оболонки очей. Дуже рано з'являється діатез. Такі діти швидко набирають вагу – до 1,5 кг на місяць, але

залишаються млявими, «лінивими». Від сечі та поту дитини, а також від головки долинає своєрідний «мишачий» запах. Рано закривається велике джерельце (3–6 місяців). На 4–6 місяці життя з'являються ознаки ураження нервової системи: дитина стає пасивна, слабко реагує, а потім зовсім перестає реагувати на звернення, не посміхається, не бере в руки іграшку, не дивиться в обличчя матері, не перевертається на живіт, не намагається сісти. Інколи діти, котрі вже сиділи, перестають сидіти до 1,5–2 років, вони не повзають, хода запізнюється до двох років. У другому півріччі життя з'являються епілептичні напади у вигляді кивків, клювків чи «салаамових» судом, частіше серіями після сну, які не піддаються лікуванню звичайними засобами. Своєчасна діагностика дає змогу запобігти розвитку олігофренії спеціальною дієтою, що не містить фенілаланіну, а також призначенням відповідних препаратів.

Хвороба Дауна

Прийнято вважати, що хвороба Дауна спостерігається в одного з 600–800 немовлят. Пов'язана вона з наявністю зайвої хромосоми. Хворі мають характерний зовнішній вигляд: косо поставлені очі, вузькі очні щілини, великий язик, маленький «ґудзичковий» ніс, короткі пальці, малий зріст та деякі інші ознаки. Розумова відсталість досягає ступеня важкої й глибокої, але інколи може бути легка ступень. Мислення тугорухливе, грубоконкретне. Хворі часто розгублюються, коли стикаються з чимось новим, незвичайним. Відносно добре розвинена механічна пам'ять. Мова розвивається пізно, вона дефектна, нечітка. Запас слів обмежений. Емоційна сфера відносно розвинена. Глибина недоумкуватості інколи маскується ейфоричним настроєм і значно вираженим наслідуванням поведінки й висловлювань інших.

Рубеолярна енцефалопатія

У медико–психологічній науці так називають глибоку розумову відсталість, що зумовлена ураженням плода вірусом краснухи, який передасться від матері в перші три місяці вагітності. У клінічній кар-

тині проявляється важкою чи глибокою розумовою відсталістю в поєднані з фізичними вадами: мікрофтальмією, катарактою, вадами серця, ураженнями слухового апарату, дефектами розвитку зубів, будови скелета й сечостатевих органів. Супроводжується психомоторним збудженням, імпульсивністю поведінки, розладами сну.

Розумова відсталість унаслідок токсоплазмозу

Відомо, що збудником токсоплазмозу є токсоплазма, яка належить до найпростіших паразитів, й вражає різні органи та системи організму. Ураження може відбуватися через плаценту матері або після народження – у ранньому дитинстві. Токсоплазма зумовлює запальні явища в оболонках мозку, речовині мозку, органах зору. Поряд із важкою або глибокою розумовою відсталістю спостерігаються дисплазії: деформація черепа, асиметрія лицевого скелета, неправильна будова вух, піднебіння, зубів; інші вади, ураження внутрішніх органів, а також судомні припадки.

Розумова відсталість унаслідок резус-несумісності

Несумісність резус-фактора матері й дитини призводить до розвитку в плода гемолітичної хвороби. Результатом цієї хвороби є розумова недорозвиненість глибоких ступенів у поєднанні із симптомами органічного ураження головного мозку: косоокість, судомні напади, дефекти слуху тощо.

Розумова відсталість унаслідок пологової травми й асфіксії новонароджених

Інтелектуальна недостатність – від легкої до глибокої. Спостерігаються значні розлади уваги й пам’яті, мови, утрата критики, що не відповідає ступеню інтелектуального дефекту. Характерні підвищена стомлюваність і виснаженість. Часто бувають ознаки підвищення внутрішньо черепного тиску. Інколи спостерігаються судомні напади, а в неврологічному статусі – вогнищеві неврологічні симптоми. У деяких випадках дефекти інтелекту стають помітними лише в юнацькому віці, що збільшує подібність між олігофренією та деменцією.

Процес лікування олігофренії

Лікування олігофренії може бути успішним лише тоді, коли відома причина захворювання й за умови своєчасного виявлення, наприклад, фенілкетонурія. При цій формі обмежують у їжі кількість фенілаланіну, що міститься в білках рослинного та тваринного походження. Використовують чисті гідролізати білка без фенілаланіну, до яких додають вуглеводи, жири, мінеральні солі й вітаміни Широко застосовується препарат берлофен, суміш амінокислот без фенілаланіну-аміногран, тощо. Лікування слід розпочинати з перших тижнів життя.

При інших формах розумової відсталості деякий ефект можуть дати глютамінова кислота, аміналон, ноотропи. Загалом же терапія носить симптоматичний характер – вплив на афективну сферу за допомогою нейролептиків, на судомні прояви транквілізаторів, протисудомних, тощо. У будь-якому разі при виникненні сумнівів щодо психічного розвитку дитини слід якнайшвидше звернутися до фахівця.

4.4. Шизофренія

Шизофренію вважають найбільш розповсюдженим психічним захворюванням. За даними вітчизняних дослідників, вона трапляється у 0,5 % населення. Захворюють на неї щорічно двоє з десяти тисяч жителів. А всього у світі нараховується близько 10 млн хворих на цю недугу.

Причини захворювання остаточно не виявлені, хоча дослідження в цій галузі ведуться у всьому світі. У різні часи причинами вважалися то мікроб, то вірус, то виділена з крові хворих отруйна хімічна речовина, то – антитіла, що утворюються в організмі та руйнують мозок. У зв’язку з розвитком генетики висунуто теорію спадкової зумовленості шизофренії. Але жодна з названих гіпотез не витримує експериментальної перевірки, жодна не підказала лікарям ні шляхів попередження, ні нових підходів до лікування. Залишається надіятися, що вирішального слова щодо цього питання наука ще скаже.

Шизофренія найчастіше починається у віці 15–25 років. Початок може бути гострим, раптовим, і тоді хвороба досягає ***максимальних***

проявів уже через 1–3 дні. Хвороба може розвиватися повільно, непомітно, коли основні її прояви формуються протягом багатьох місяців і навіть років. І, нарешті, існує проміжний варіант початку захворювання – підгострий.

Прояви шизофренії

Загальне уявлення про прояви шизофренії можна отримати, ознайомившись з її основними формами, назви яких даються за провідним синдромом.

При *параноїдній* (маячній, галюцинаторно-маячній) формі основною ознакою є маячення, котре часто поєднується зі слуховими чи зоровими галюцинаціями. Усі різновиди маячення мають загальну основу: страх уявної, не існуючої небезпеки. Це може бути переслідування якимись людьми, вплив фантастичними могутніми приладами чи надсильним гіпнозом, спроби отруєння, неіснуюча хвороба, подружня «зрада», тощо. Галюцинації у вигляді голосів, видінь, запахів, незвичайної щодо смаку їжі відповідають змісту маячення й ще більше зміцнюють упевненість хворої в істинності маячних ідей, і навпаки, галюцинації можуть з'явитися раніше, ніж маячення, переважати в картині психозу – і тоді вже на їх основі формується маячна симптоматика.

Кататонічна форма шизофренії проявляється порушеннями у сфері рухів. З одного боку, буває різке, безпорядне рухливе збудження з хаотичними, несподіваними діями та криком, з іншого – повна нерухомість, «заціпеніння», відмова від їжі, наполегливе мовчання. Спроби нагодувати, переодягти хворого, заговорити з ним натикаються вперту протидію. Одним зі своєрідних симптомів цієї форми захворювання є так звана «воскова гнучкість», коли тіло хворого на довгий час наче застигає в найнезручній позі, котру хтось надав йому.

Найважчою формою є *гебефренічна* (від грецького слова «*гебе*» – юність), коли прояви хвороби нагадують дитяче пустування. Але якщо в дитячому пустуванні є завжди якийсь зміст, – це або гра, або жарт, – то безглузда поведінка хворого незрозуміла, несподівана.

Проста форма шизофренії носить таку назву через те, що хворому нічого не здається, збудження чи безглуздих вчинків немає, а поведінка мало чим відрізняється від поведінки звичайної людини. Захворювання проявляється своєрідними змінами особистості у вигляд не звичайної замкненості, пасивності та байдужості, що наростають. Вони мало залежать від зовнішніх причин, проявляються майже постійно. Стає важко мислити, важко засвоювати нове. На цьому тлі можуть проявлятися різні дивацтва в поведінці.

Деякі симптоми (ознаки) хвороби можуть проявлятися практично при всіх її формах. Це – аутизм, депресія, розірваність логічних зв'язків. Аутизм проявляється в тому, що хворий неначе чимось непрозорим відгороджується від оточуючих, занурюючись у власні, найчастіше неприємні, переживання. Наслідком артизму є й те, що хворі ведуть надзвичайно замкнене життя: нікому не відкривають двері, навіть знайомим, не піднімають телефонну грубку, коли до них телефонують, припиняють контакт із близькими та сусідами.

Депресія спостерігається при багатьох психічних розладах. Проявляється вона відчуттям важкої туги, тривоги, загальмованістю, котра доходить до повного заціпеніння. Думки про власну винуватість, непотрібність, про беззмістовність життя не залишають хворого ні на хвилину. Особливо глибоку тугу депресивні хворі відчувають уранці, надвечір їхнє самопочуття трохи покращується. Саме на ранкові часи припадає найбільша кількість спроб самоагресії серед цих хворих. Розлади мислення при шизофренії проявляються в тому, що між окремими думками рвуться логічні зв'язки. Судження хворого стають багатослівними, беззмістовними, незрозумілими. Відсутністю логіки й пояснюється те, що під час бесіди з хворим на шизофренію ми ніяк не можемо зрозуміти, що ж він нам хоче сказати.

Можливі три варіанти перебігу захворювання:

- безперервний;
- приступоподібний із прогресуванням;
- приступоподібний без прогресування;

Приблизно кожен із чотирьох хворих на шизофренію повністю одужує та почуває себе здоровим багато років. Інші, на щастя їх небагато, зовсім не реагують на лікування. Однак більшість пацієнтів, навіть одужавши після приступу, будуть мати приступи хвороби в майбутньому. Це може статися й через тижні та через роки. Під час наступного приступу може з'явитися нова дивна поведінка, але частіше буде повторюватися один і той самий тип поведінки. У період між нападами (приступами) родичі помічають, що хворий уже не той, яким був до хвороби. Наприклад, він виконує роботу набагато повільніше, дуже мало спілкується з людьми, утрачає інтерес до багатьох речей і може сидіти, нічого не роблячи, весь день. Сім'я помічає, що звична робота вдома залишається незробленою, дім стає запущеним. Хворий не бере участі в сімейному житті, як це було раніше, стає начебто глухим до сімейних подій. Це не повинно викликати досаду в родичів. Такі зміни – частково наслідок лікування, частково – результат захворювання й частково – результат спроб хворого уникнути того, що розчаровує його, щоб не захворіти знову. Однак багато з названого може з часом змінитися в кращий бік, особливо коли сім'я підтримує та заохочує хворого.

Чи можна впевнити пацієнта з маяченням у хибності його міркувань та чи варто взагалі говорити з ним про це? Одними запевненнями маячення вилікувати неможливо. Без медикаментозного лікування воно не зникне, і найпереконливіші аргументи не здатні зруйнувати цілком, здавалося б, хибну маячну систему. Парадоксально, але зміст маячення саме в цьому. То чи варто говорити з хворим на «хвору» тему? Вважаємо, що так, але лише коли хворий цієї розмови бажає сам, і ваші аргументи не викликають у нього ще більшої підозріливості та роздратованості. Треба знайти саме ті слова, котрі зменшать страх, послаблять хворобливу напруженість, допоможуть хворому свідомо звернутися до лікаря. Інколи хворі чують голоси, які забороняють їсти, або з маячних міркувань вважають, що їжа отруєна. Слід пам'ятати, що відмова від їжі є ознакою загострення хвороби, намагатися, якщо це можливо, вияснити, чому хворий не їсть, умовити його й нагоду-

вати. Якщо це не вдається, не варто чекати виснаження хворого, потрібно терміново звернутися по допомогу до психіатра. Під впливом важких хворобливих переживань при загостренні шизофренії (маячення, депресія, галюцинації, страх), можливі спроби до ворогів небезпечних дій. На жаль, цю можливість недооцінюють родичі хворого та його оточення. Якщо ви помітили, що хворому стало гірше й підозрюєте початок загострення, не залишайте хворого самого до огляду лікарем, сховайте небезпечні предмети – обережність ще нікому не зашкодила.

Є низка факторів, котрі ускладнюють хворобу. Серед них – пияцтво, яке провокує хворих на небезпечні дії – раптові, незрозумілі, утруднює лікування, призводить до швидкої втрати працездатності та деградації. Не менше зло для хворого на шизофренію – наркотики, несприятливо впливають травми голови. Потужним поштовхом до загострення можуть стати важкі переживання, самотність, відчай, непосильні навантаження. Хворим не рекомендується перебування на відкритому сонці, робота з отруйними хімічними сполуками, у шумних умовах.

Як визначається душевна хвороба?

Основою діагностичного дослідження в психіатрії є бесіда лікаря-психіатра. При встановленні діагнозу лікарю потрібно знати не лише те, що говорить про себе сам хворий, але й те, що можуть сказати про його характер, поведінку, прояви хвороби родичі, котрі з ним проживають. Цінну інформацію для діагностики дає лікарю спостереження за хворим у динаміці, при повторних оглядах, а також зміни його стану в процесі лікування. Із додаткових діагностичних досліджень найбільш вагомі результати дає обстеження медичним психологом за спеціальними методиками. Обов’язковими є звичайні дослідження – аналіз крові, сечі, калу, флюорографія, тощо, але їхня мета – визначити, чи немає в психічно хворого будь-яких захворювань внутрішніх органів.

Чи можлива неправильна діагностика шизофренії? Такі випадки на початкових етапах інколи мають місце. Це пов’язано з тим, що

шизофренія, в самому на початку може «одягти маску» неврозу, психопатії, якоїсь ситуаційно обумовленої депресії. І, навпаки, неврози, психопатії, реактивні стани інколи маскуються під шизофренію.

Бувають настільки важкі в діагностичному плані, заплутані, ати пові випадки, що з «першого попадання» точний діагноз установити надзвичайно складно. Саме в таких випадках і можлива помилкова діагностика. Якщо лікарі поспішили з діагнозом шизофренії, й він не відповідає дійсності, ЛКК лікувального закладу / психіатричного / може зняти його після стаціонарного чи амбулаторного обстеження. Помилкова діагностика не відбивається на лікуванні, тому що в психіатрії застосовують препарати, котрі допомагають при подібних, схожих проявах психічних розладів.

Деякі хворі, намагаючись приховати з різних причин загострення, що настало, не лише не зізнаються в цьому, що мають важкі, інколи неприємні переживання, проте при сторонніх намагаються поводитися так, ніби нічого не відбувається. І все ж, залишившись на самоті, упевнившись, що їх ніхто не бачить, хворі стають похмурими, напруженими, зосередженими, прислухуються до чогось, розмовляють самі із собою. Знати про це явище – *дисимуляцію* – треба, адже непомічене через неї загострення хвороби може призвести до серйозних наслідків, асоціальних вчинків.

Навіть коли встановлено діагноз шизофренії, не слід упадати у відчай, адже в перебігу захворювання можуть спостерігатися періоди загострення, під час яких людина собою не керує, але ці періоди більш-менш короткочасні, загострення після лікування проходить. І більшість хворих усе-таки живе вдома, у сім'ях, значна частина працює. Покращання, що настало після лікування в стаціонарі, у багатьох випадках потрібно підтримувати, інакше ситуація може поновитися. Якщо лікар рекомендує приймати підтримуючий препарат, не слід відмовлятися, навіть коли після виписки з лікарні самопочуття цілком задовільне, а впевненість у тому, що хвороба не повториться, непохитна. Але це лікування – профілактичне, воно розраховано саме на такі випадки, коли людина, котра перенесла загострення шизофренії,

ще не одужала. Дози медикаментів для підтримуючого лікування набагато менші за ті, котрими лікують загострення, але термін повинен бути тривалим – місяці, а то й роки.

Існує група препаратів продовженої дії, до якої належать модітендепо, ліородін-депо, галоперідол-деканоат, ІМАП, СЕМАП, піпортил та інші. Лікування цими препаратами має свої переваги: по-перше, немає необхідності приймати ліки щодня або двічі, тричі на день; по-друге, для попередження повторних спалахів потрібні значно менші дози препарати подовженої дії, порівняно з аналогічними «багаторазовими» ліками. Період профілактичного лікування препаратами подовженої дії визначає в кожному конкретному випадку лікуючий лікар. Але потрібно підкреслити, що самостійно припиняти лікування дуже ризиковано, оскільки може розвинутися загострення хвороби.

Лікар рекомендує стаціонарне лікування в тих випадках, коли ефективне лікування в домашніх умовах неможливе через необхідність ретельного відбору доз, коли ймовірні скоєння неконтрольованих небезпечних дій, а також для проведення військової й трудової експертизи. У стаціонар хворих направляють за їхньою згодою, але у виключних випадках, коли стан хворого такий, що дома перебувати він не може, а лікування потребує, лікар має право госпіталізувати хворого без його згоди. Такі випадки передбачені певними інструкціями, розділами Закону про психіатричну допомогу та іншими.

У яких випадках визначається група інвалідності.

Питання про групу інвалідності ставиться лише тоді, коли внаслідок хвороби втрачається здатність до праці – частково чи повністю. При частковій втраті працездатності визначається третя група інвалідності. Друга група визначається при повній утраті працездатності, коли людина через хворобу тривалий час не працює, при частих (2–3 рази на рік) або тривалих (більше чотирьох місяців) загостреннях хвороби.

При наявності ознак інвалідності ЛКК психіатричної лікарні чи диспансеру заповнює направлення на МСЕК, котра й виносить остаточне рішення. Група інвалідності призначається на термін від шести місяців до трьох років, після чого проводиться черговий переогляд:

інвалідність підтверджується чи знімається. Якщо черговий переогляд не проведений своєчасно, виплата пенсії припиняється. При первинному виході на інвалідність пенсія нараховується з моменту подання заяви у відділ соцзахисту (соцзабез).

Наскільки часто потрібно відвідувати лікаря-психіатра після виписки з лікарні.

Після виписки хворого з лікарні функції спостереження за ним, при необхідності, лікування вдома виконує дільничний психіатр психоневрологічного диспансеру або психіатр районної лікарні (РТМО). Рекомендується відвідати свого лікаря (дільничного психіатра чи районного в перші 3–5 днів після виписки з лікарні. Важливо визначити, як пройшло пристосування до домашньої обстановки, адаптація до роботи, чи не змінився на гірше стан після зниження доз медикаментів. Дати наступних відвідань призначає лікар. Якщо стан задовільний, відносини з оточуючими нормальні, хворі оглядаються щомісяця, або раз на 2–3 місяці, чи ще рідше. При нестійкому стані хворого, коли підтримуюче лікування не підібране, відвідувати лікаря слід значно частіше, багато з хворих виховують дітей і онуків. А в найбільш сприятливих випадках, незважаючи на хворобу, спостерігаються й професійне зростання певні творчі успіхи. Так, можливо, це захворювання й погребує якихось обмежень у житті, у виборі професії, але підстав опускати руки та відчаюватися, дізнавшсь про діагноз «шизофренія», немає.

Зняття з обліку в диспансері чи в районній лікарні можливе, якщо захворювання протягом тривалого часу (не менше п’яти років) не дає загострень, не спостерігаються небезпечні наміри та вчинки, а людина цілком адаптувалася в суспільстві. Сам факт перебування на диспансерному обліку не свідчить ні про розумові здатності людини, ні про її «ненормальність» не є чимось принизливим чи компрометуючим. Диспансерне спостереження існує для того, щоб попередити ризик загострення, відкорегувати підтримуюче лікування, допомогти хворому знайти вихід із будь-якої ситуації, з котрою він сам не може

справитися. Факт перебування на диспансерному обліку є лікарською таємницею; розголошення якої карається Законом.

Аналіз соціально-психологічної ситуації, коли хворий вступає в шлюб

Захворювання на шизофренію не виключає можливості створення сім'ї, але кожний конкретний випадок вимагає свого, ретельно зваженого підходу. Ось чому розмова з лікуючим лікарем необхідна. Лікарю також непросто. Він розуміє відповідальність за долю хворого, життя котрого в цьому випадку змінюється докорінно. Дуже складно заздалегідь вирішити, чи зможе хворий або хвора постійно підтримувати шлюбні відносини, узяти на себе додатковий клопіт та піклування. Але якщо рішення створити сім'ю прийнято, ні за яких обставин не слід приховувати від майбутнього подружжя факт своєї хвороби. Приховати це в цьому випадку – значить не лише підвести дорогу людину, але, передусім, скомпрометувати себе. Серйозному почуттю повідомлення про хворобу на заваді не стане, інколи через це отримаєте відмову, значить, рано чи пізно, але розрив був би неминучим, що раніше він відбудеться, тим меншою бідою обернеться для обох сторін. Хоч ситуація непроста, родичам треба постаратися запевнити хворого, що все ще може змінитися на краще, що попереду – ціле життя. Існує помилкова думка, ніби подружнє життя може саме по собі припинити психічний розлад. Цим шансом намагаються скористатися батьки влаштовують шлюб із «лікувальною» метою, але цей захід в будь-якому випадку до одужання не приводить, лише може спричинити зайві проблеми.

Спадкова передача шизофренії можлива, але не обов'язкова. Іншими словами – діти хворих па шизофренію мають дещо більший шанс захворіти на цю хворобу, і в той же час цілком вірогідно, що цього може не відбутися. Можливість передачі захворювання потомству значно зростає, якщо на захворювання страждають і батько, і мати. Конкретну консультацію з цього питання можна отримати в лікаря-генетика, який є в кожному обласному центрі.

Деякі особливості спілкування хворих на шизофренію. Надмірна замкненість, вразливість, сором'язливість, котрі властиві хворим на шизофренію, утруднюють їхнє спілкування не лише з малознайомими, але й із близькими людьми. Можливо, що при спілкуванні з хворими на шизофренію вам допоможуть кілька дуже простих для розуміння, хоча інколи дуже складних для виконання *порад:*

1. Будьте гранично терплячими, намагайтеся вислухати хворого до кінця, незважаючи на те, що «вже давно все ясно». Бажано показати, що бесіда вас зацікавила і що багато в чому ви його розумієте.

2. Намагайтеся не сперечатися без особливої потреби, а якщо є потреба – розмовляйте з ним у доступній формі, без роздратування.

3. Помітивши щось незвичайне у вчинках, висловлюваннях, манері одягатися хворого, уникайте насмішок, дотепів, навіть найбільш необразливих.

4. Ніколи, ні в якому разі не докоряйте хворому його захворюванням і на лякайте відправкою в психіатричну лікарню. З іншого боку, ніколи не заявляйте хворому, що він цілком здоровий, прикидається, тому що не хоче працювати.

5. Із вашого лексикону назавжди мають зникнути слова, що містять насмішку, принизливе ставлення до психічно хворого, до психіатричної лікарні. Як би хворий вас на образив, як би не хотілося постояти за себе в мить гніву, ніколи не забувайте, що коли б він був здоровим, він би цього не зробив. Це допоможе вам бути стриманішим.

6. Намагайтеся виховати у хворого повагу до самого себе схваленням його успіхів, які б не незначні вони не були.

7. Забезпечте можливість як спілкування з людьми, так і можливість усамітнення, коли це потрібно.

8. Намагайтесь умовити хворого приймати ліки.

9. Уникайте зайвої критики.

10. Якщо у хворого є якісь улюблені заняття – так зване хоббі (малювання, фотографування, літературна творчість, догляд за домашніми тваринами тощо), – намагайтесь усіляко заохочувати його до цих

занять. Вони відволікають від важких переживань, покращують настрій. Ніколи не докоряйте хворому його захопленнями.

Чим може бути корисна хворому медична сестра?

Інколи наші хворі бувають безпорадні в побуті, беззахисні в якихось суперечливих питаннях удома чи на виробництві. У подібних ситуаціях хворий потребує не стільки медичної, скільки соціальної допомоги. Для цього в психіатричному диспансері існує соціально-правова служба Медсестри тут допоможуть залагодити конфлікт на роботі та, за потреби, сприятимуть у працевлаштуванні. У випадку домашніх непорозумінь вони разом із лікарем допоможуть розібратися в складностях стосунків хворого з членами його сім'ї, сусідами. Медсестра соціальної допомоги може потурбуватися про те, щоб хворого забезпечили паливом на зиму, викликати із ОСББ фахівця, якщо хворий проживає сам і самостійно зробити це не в змозі. Медсестра соціальної допомоги допоможе поновити втрачені документи, приватизувати житло, оформити пенсію тощо.

Ставлення до клінічного психолога-психотерапевта та лікаря-психіатра

Ставлення пацієнтів та їхніх родичів до психолога й психіатра можливе в трьох основних варіантах: взаємне партнерство, коли до лікаря звертаються своєчасно та регулярно з усіма проблемами, що виникають у хворого. Поради й приписи лікаря чітко виконуються. Це варіант ідеальний. Протилежний тип відносин – негативно-стичний. Поради лікаря не лише не виконуються, але нерідко родичі чинять навпаки – категорично відмовляються від направлення хворого в стаціонар при наявності прямих для цього показів чи свідомо приховують від лікаря небезпечні вчинки хворого. Нарешті, існує пасивно-байдужий тип відносин, коли лікаря самостійно не відвідують, ні із яких питань з ним не радяться, мотивуючи тим, що це безглуздо. Негативне та пасивно-байдуже ставлення до лікарських рекомендацій, неневиправдана, сліпа впертість, через яку хворий залишається практично без медичної допомоги.

Життя поруч із хворими на шизофренію надзвичайно складне. Їхня дивна поведінка викликає в рідних роздратування, відчуття, що втрачається терпіння, інколи родичі відчувають неспокій, тому що не знають, де перебуває в цей час хворий і чого слід від нього чекати в майбутньому, що взагалі буде з хворим. Ці побоювання та неспокій зрозумілі. Тому дуже важливо, щоб хворий намагався жити максимально незалежно від рідних. Він повинен повернути довіру до себе, повагу, брати на себе відповідальність і самому доглядати себе. Хворому на шизофренію, як це не парадоксально звучить, стає краще, якщо він живе своїм життям на власний розсуд, наскільки це можливо. Інколи хворий може звернутися по допомогу до психіатра, пройти курс лікування в стаціонарі, отримати допомогу в працевлаштуванні, у розв'язанні якихось соціальних питань. Але потрібно дозволити хворому самостійно приймати рішення та поступово розширяти ступінь такої самостійності.

4.5. Епілепсія

Загальна характеристика епілепсії та епілептичних нападів

Поняття «епілепсія» в перекладі з древньогрецької мови означає стан охоплення, нападу. Здавна людям навіювалася думка, що приступи викликаються демонами й епілепсія стала відома як «священна» хвороба. Ці міфи та жахи навколо епілептичних нападів, що формували ставлення до людей з епілепсією, набагато ускладнювали їхнє життя. Слово «епілепсія» не означає нічого більшого, ніж тенденцію до епілептичних нападів.

Відповідно для визначення експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (1975), *епілепсія* – це хронічне захворювання головного мозку, яке викликається різними чинниками й характеризується повторними епілептичними нападами, що виникають у результаті надмірних, розрядів нервових клітин і супроводжуються численними симптомами. Останнім часом епілепсію визначають не як захворювання, а як стан головного мозку, котрий характеризується схильністю до повторних епілептичних нападів, тобто епілепсія розглядається не

як хвороба, а лише як ознака неврологічного порушення, що викликає напади.

Головний мозок – дуже складний та чутливий орган. Він керує й регулює всі наші дії: контролює рухи, відчуття, думки та емоції. Він утримує в собі всю нашу пам'ять, а також регулює роботу внутрішніх органів – серця, легенів, печінки, нирок й ін. Мозкові клітини працюють разом, сполучаючись за допомогою електричних сигналів. Інколи під впливом змін мозку мають місце електричні викиди з груп нервових клітин, що спричиняють напад. Тип нападу залежить від частини мозку, у якій стався такий викид.

Перед початком нападу деякі люди відчувають попередження, яке називається *«аурою»*. Аура може виникати за достатньо довгий проміжок часу до приступу, що дає можливість людині уникнути травмування. Деякі хворі раптово відчувають нудоту, зміну температури тіла, дискомфорт у шлунку або в ділянці серця. У деяких випадках аура виникає у вигляді музичного звуку, дивного смаку чи аромату. Якщо хворий може надати лікарю задовільний опис своєї аури, це спрощує пошук частини мозку, у якій виникають початкові викиди. Аура може зникнути без розгортання в судомні чи інші напади, тоді вона називається простим парціальним нападом.

Теоретично можливе припущення, що в кожної людини при певних обставинах може виникнути епілептичний напад. Кожний із нас має поріг збудливості клітин мозку, який робить нас більше чи менше вразливими до нападу. Приступи мають багато чинників, які розглядаються нижче. Вони не залежать від віку, статі, раси тощо.

Захворювання на епілепсію набагато більше поширене, ніж вважає більшість населення. Приблизно п'ятдесят мільйонів людей у світі страждають на цю хворобу. Загалом, 5 % населення земної кулі повідомляють про напади, що траплялися у їхньому житті. Останні оцінки вказують, що більш ніж 1 % людей страждає від епілепсії. У постраждянських країнах ця цифра складає орієнтовно 0,8–1,2 %, в залежності від регіону.

Епілептичні напади можуть з'явитися у будь-якому віці. 50 % усіх випадків захворювання трапляється у віці до 10 років. У більшості людей при виникненні в зрілому віці напади мають тенденцію до зниження з часом частоти та важкості. У багатьох випадках залежно від форми захворювання епілепсія може зникнути повністю.

Класифікація типів епілептичних нападів

Трапляється багато різновидів епілептичних нападів, їх частота та форма значно відрізня.ться в кожного хворого. У зв'язку з великою кількістю типів нападів розроблено специфічну класифікацію, що підтримується Міжнародною лігою боротьби з епілепсією. Вона описує два головних типи – генералізований і парціальним. Якщо надмірний електричний викид обмежений окремою областю мозку, то свідомість утрачається й такий напад називається ***парціальним.*** Якщо електричний викид охоплює весь мозок, то свідомість утрачається і цей напад називається ***генералізованим***.

Протягом парціального нападу пацієнт може мати незвичайні відчуття, несподівані судомні рухи однієї частини тіла, викривлення слуху, зору чи шлунковий дискомфорт. Свідомість із початку приступу не порушується, але в подальшому може втрачатися. Складний парціальний напад являє собою складну дію з порушенням, але без утрати свідомості. Протягом нападу хворий виглядає приголомшеним. Зміни поведінки, так звані «автоматизми», можуть виявлятись у вигляді безцільної ходи, бурмотіння, повертання голови, «теребіння» одягу, прицмокування.

Абсанси – напади, що являють собою втрату свідомості на 5–15 секунд. Люди, котрі страждають від абсансів, схожі для стороннього спостерігача на мрійників, які затримують погляд на кілька секунд. У таких випадках слід звернути увагу на деякі зміни поведінки: кліпання, жування, незначні ритмічні рухи м'язів обличчя, голови, рук. Протягом нападу людина не відповідає на звернуту до неї мову й помірну фізичну стимуляцію. Абсансу не передує аура, і звичайна діяльність може бути продовжена зразу ж по його закінченні.

Тоніко-клонічний напад складається з двох фаз. У тонічній фазі людина втрачає свідомість і падає. Тіло стає напруженим. У клонічний період спостерігається посмикування або дрижання кінцівок. Свідомість повертається повільно. Якщо тоніко-клонічним нападам передує аура або інші прояви парціальних приступів, то такі пароксизми називаються вторинно-генералізованими. У випадках раптової втрати свідомості їх визначають як первинно-генералізовані. Суттєвим для встановлення правильного діагнозу є час появи нападу (після пробудження, під час сну, при перегляді телепередач із частими спалахами на екрані тощо).

Хоча тоніко-клонічні напади найбільш помітні, вони складають лише незначну частку всіх проявів епілепсії (23 %). Парціальні напади трапляються в 57 % хворих на епілепсію причому складні парціальні – приблизно в 36 %. При атонічних нападах спостерігається раптова втрата свідомості й падіння хворого. *Міоклонічні* напади проявляються раптовими здриганнями кінцівок з обох сторін. При цьому свідомість може не змінюватись і нерідко трапляються падіння при залученні обох ніг.

Епілептичний статус – термін, що використовується для опису повторних епілептичних нападів без відновлення свідомості між приступами або поодинокого нападу, який триває понад 30 хвилин. Це невідкладний медичний стан, який являє собою загрозу для життя й може спричинити пошкодження мозку. Потрібно негайно надати медичну допомогу хворому.

Псевдонапади трапляються як у здорових людей, так і у хворих на епілепсію. Напади викликаються усвідомленим чи неусвідомленим бажанням більшої зосередженості уваги. Вони починаються з прискорення дихання, обумовленого розумовою напругою, тривогою чи болем. При частому диханні змінюється хімічний склад крові, що призводить до появи ознак, подібних до епілептичних нападів. Лікування складається із заспокоєння людини та нормалізації дихання, а також обстеження емоційного стану хворого для виявлення чинників псевдонападу. Епілептичні напади й псевдонапади можна розрізнити як за їх чинни-

ками, так і за ознаками. Епілептичні напади обумовлені зміною передачі електричних імпульсів між мозковими клітинами, а тому мають характерні прояви на енцефалограмі як під час нападів, так і в період між ними.

Епілепсія – довготривалий стан, при якому виникають повторні неспровоковані напади. Поодинокі (рідше, ніж один раз на рік) та спровоковані (наркотики, алкоголь) напади не являють собою епілепсію навіть коли приступ становив судомний напад з утратою свідомості.

Існує багато типів не епілептичних приступів. Вони відрізняються від епілептичних відсутністю патологічної електричної активності та рідкою появою. Найбільш частою причиною їх появи є низький рівень цукру в крові, непритомність, серцеві хвороби, мігрені перекриття кровообігу по судинах, психічний стрес. Залежно від типу нападу він може тривати від декількох секунд до декількох хвилин. Наприклад, тоніко-клонічний напад найчастіше продовжується 1–5 хв, абсанс – до 30 секунд, складний парціальний напад від 30 секунд до 10 хв. Епілептичний статус триває кілька годин і потребує негайної медичної допомоги.

Існує понад 30 типів епілептичних нападів, деякі з них більш серйозніші, ніж інші. Тривалі тоніко-клонічні напади, наприклад, більш негативно впливають на фізичний і психічний стан людини, ніж короткі парціальні напади. Деякі страждають від дуже частих приступів (кожних кілька годин); тоді як інші по декілька місяців і років живуть без нападів. Також деякі напади краще піддаються лікуванню, а інші продовжуються, незважаючи на спроби застосування різних ліків.

Основні чинники та провокуючі фактори епілептичного захворювання

У сучасній медико-психологічній науці прийнято вважати, що не існує єдиного чинника епілепсії. Багато факторів може вражати клітини мозку та шляхи їх сполучення. Майже в 65 % випадків немає ніякого відомого чинника. Серед найбільш частих факторів, що впливають на причини виникнення епілепсії, можна виділити такі:

– пологова травма;

- порушення кровообігу, спричинене ураженням судин мозку, травмою, пухлиною, захворюванням серцево-судинної системи;
- черепно-мозкова травма, що залишає рубець тканини мозку;
- інфекційні захворювання мозку та їх наслідки;
- пухлини головного мозку;
- деякі наркотики, токсичні речовини та медикаменти, коли вони вживаються в надмірно великих дозах;
- хвороби, що змінюють клітинний і хімічний склад крові, та хвороби, що порушують обмін речовин у клітинах мозку. Якщо лікар знаходить один із зазначених чинників, то стан хворого називається *симптоматичною* епілепсією, у решті випадків – *ідіопатичною* епілепсією.

Здебільшого епілепсія не успадковується. Інколи успадковується тенденція до епілепсії, але навіть при цьому напади можуть трапитися лише після набутих у процесі життя змін мозку. Малоймовірно, що діти успадкують епілепсію.

У деяких випадках епілептичні напади можуть бути викликані зміною зовнішнього середовища, наприклад спалахами світла, несподіваною зміною темряви на світло й навпаки. Інші люди реагують на голосний шум, монотонні звуки та деяку музику. Для людей з епілепсією важливо знати, які події викликають у них приступи, й уникати їх.

Значне скорочення тривалості сну знижує поріг збудливості клітин мозку та може викликати епілептичний напад. Інші подібно діючі фактори – висока температура тіла, психічний стрес, зміни хімічного складу крові. Низький рівень цукру в крові внаслідок дієти або застосування інсуліну може викликати напади, схожі на епілептичні. Також уживання наркотиків і перевищення доз окремих препаратів може спричинити напад.

Люди з епілепсією повинні регулярно приймати їжу для забезпечення належного живлення мозку. Потрібно обмежити кількість рідини, випитої за добу, а також гостру й солону їжу, які сприяють набряку мозкової тканини. Медичні препарати, харчові добавки мо-

жуть взаємодіяти з протиепілептичними засобами, тому слід уживати їх після консультації з вашим лікарем.

Потрібно мати на увазі, що алкоголь спочатку підіймає, а потім знижує поріг збудливості клітин мозку й таким чином підвищує ризик появи епілептичних нападів. Не менш важливим є й те, що він взаємодіє з протиепілептичними препаратами.

Надання першої необхідної допомоги при епілептичних нападах

Відповідна допомога людині з епілептичним нападом залежить від типу нападу.

Тоніко-клонічний напад

Цей тип нападів найбільше лякає присутніх, але важливо зрозуміти, що людина під час такого приступу втрачає свідомість і не відчуває ніякою болю. Напад триває декілька хвилин, хворий не потребує медичної допомоги.

Варто застосовувати лише такі прості заходи:

1. Зберігати спокій. Ви не можете зупинити напад, якщо він уже почався, і не можете вплинути на його перебіг. Не намагайтеся розбудити хворого (не трясти, не бити по щоках).

2. Обережно покладіть людину на підлогу й послабте одяг (верхні ґудзики, краватку).

3 Спробуйте забрати будь-які тверді, гострі чи гарячі предмети, котрі можуть зашкодити людині. Може бути корисним підкладання подушки чи м’якої тканини під голову, утримання голови від удару об щось тверде.

4. Після припинення судом поверніть людину набік так, щоб слиня могла витікати з рота.

5. Не кладіть будь-що в рот людини (дерев’яні, металеві предмети).

6. Після нападу дозвольте людині відпочити або поспати, якщо це необхідно.

7. Після відпочинку більшість людей повертається до звичайного стану. Якщо напад стався не вдома й людина видається ослабленою, приголомшеною, можливо краще провести її додому.

8. Якщо напад стався у дитини, зв’яжіться з її батьками або опікунами.

9. Якщо в людини сталося декілька нападів і кожний наступний починається раніше, ніж повертається свідомість, або один напад, що триває більше 10 хвилин, то цьому хворому негайно потрібна швидка медична допомога.

Абсанс

Ніяка швидка допомога не потрібна.

Простий парціальний напад

Ніяка швидка допомога не потрібна.

Складний парціальний напад

1. Не стримуйте людину. Захистіть її, забравши гострі чи гарячі предмети.

2. При блуканні або сноходінні перебувайте разом із людиною й розмовляйте з нею спокійно.

Діагностика епілепсії

Клінічна діагностика потребує, щоб лікар знав усі подробиці про напад: коли й після чого він почався, як протікав, скільки тривав, що було після приступу, які зміни поведінки з’явилися.

Вивчення відомостей про сім’ю теж корисне. А енцефалографія може допомогти знайти частину мозку з підвищеною активністю нервових клітин. Часто першим діагностує епілепсію дільничний чи сімейний лікар. Більшість із них мають досвід у веденні таких пацієнтів і спочатку направляють хворих до спеціалістів. Дитячі лікарі теж добре знають про епілепсію, тому що дві третини людей починають хворіти у віці до 14 років. Неврологи проходять спеціальне навчання веденню хворих з ураженням нервової системи. Нейрохірурги, психіатри, психологи теж, за необхідності, залучаються до процесу лікування.

Електроенцефалографія вимірює електричну активність на поверхні мозку. Вона може не виявити змін, якщо патологічна електрична активність виникає в глибині мозку.

У багатьох людей, які не страждають на епілепсію, може виявлятися «епілептиформна» активність на електроенцефалограмі. Однак це не означає що вони мають приступи. Інтерпретація ЕЕГ – складна процедура, і діагноз переважно ґрунтується на клінічних спостереженнях. Для його підтвердження можуть застосовуватися рентгенівська комп'ютерна томографія та магнітно-резонансне сканування.

Напади, які інколи плутають з епілептичними, можуть бути наслідком уживання надмірної кількості алкоголю або утримання від його вживання з боку алкоголіка, а також високої температури тіла, інтоксикації чи зниження рівня цукру крові.

Ознаки епілептичного нападу не завжди помітні для спостерігачів або для людини, у якої має бути приступ. Напад може являти собою напруження м'язів тіла, жування, незвичайну поведінку або лише короткочасну втрату свідомості. Деякі ознаки можуть бути менш явними, наприклад порушення орієнтації чи незвичайні відчуття. Однак менш помітні прояви не означають, що напад має менше значення для здоров'я людини.

Лікування епілепсії

За твердженням більшості спеціалістів, на жаль, не існує відомої панацеї від епілепсії. Медичні препарати дають змогу контролювати напади, але вони не виліковують. Деякі форми епілепсії спостерігаються лише в дитинстві, тоді кажуть, що людина «переростає» напади. Інколи це трапляється з дітьми, а в інших випадках приступи залишаються без змін або підсилюються з часом. Деякі типи епілептичних нападів, наприклад *роландична епілепсія*, завжди зникають, інші, наприклад дитячі абсанси, полегшуються з часом, але відомі й такі, які майже ніколи не проходять, наприклад юнацька *міоклонічна епілепсія*. Медики не можуть стверджувати, залишаться напади в дитини чи ні, але їм відомо, що чим раніше встановлено діагноз, тим краще можна контролювати приступи. В окремих випадках можливе полегшення стану й навіть повне виліковування без помітного чинника.

Епілепсія безпосередньо може призвести до смерті, якщо не проводилося правильне лікування тривалих чи повторних нападів

(епілептичного статусу). Однак такі випадки трапляються дуже рідко. Частіше загибель хворих пов'язана із ситуаціями, коли у хворого в потенційно небезпечній ситуації несподівано з'являється напад. Коли лікар установлює діагноз «епілепсія», рекомендується специфічне лікування. Його мета – позбавлення хворого від нападів або зменшення їх кількості й ступеня важкості, що допомагає людині продовжувати здорове життя та виявляти нормальну активність. Існує два головних види лікування – медичні препарати та хірургічне втручання.

Ліки, що використовуються для контролю нападів, називаються антиконвульсантами. Вони попереджують напади шляхом зниження збудливості вражених нервових клітин або запобігання їм електричним розрядом. Вибір ліків залежить від типу нападу, бічних ефектів, віку та стану – здоров'я людини. Часто виникає необхідність у тривалому підборі відповідних препаратів, і лише одна з кількох випробуваних сполук може забезпечити контроль нападів. Майже 50 % хворих, котрі приймають препарати, призначені лікарем, повністю позбавляються від нападів, у 30 % помітне значне зменшення їх інтенсивності та частоти й вони можуть, як завжди, жити та працювати. Решта, 20 %, лише піддаються лікуванню або потребують таких високих доз препаратів, що доцільніше погодитися на частковий контроль, нападів.

Лікування епілепсії здебільшого медикаментозне. Епілептичні напади негативно впливають на структуру й функції мозку. Тому основна мета лікування – позбавлення хворого приступів. Лікування має бути безперервним і тривалим. Найчастіше рішення про відміну лікування приймається при 5-річній відсутності нападів і патологічних змін на ЕЕГ. Не слід самостійно змінювати дозу препарату, а тим більше припиняти його вживання, оскільки це може вкрай негативно вплинути на стан хворого. Хірургічні методи використовуються рідко, коли не вдається досягнути ефекту застосуванням медикаментів або частка враженої тканини мозку обмежена невеликою ділянкою. Крім лікування, потрібно дотримуватися певної дієти.

Кетогенна дієта – це калорійна дієта з високим умістом жирів і низьким умістом білків та вуглеводів, а також обмеженням рідини.

Уживання надлишку жирів викликає стан, відомий як «кетоз». Таке метаболічне зрушення в деяких людей підвищує поріг збудливості мозкових клітин, що зменшує ймовірність епілептичного нападу. Кетогенна дієта найбільш ефективна для дітей. Вона потребує ретельної підготовки та суворого дотримання. Дуже важливий при застосуванні цієї дієти уважний медичний нагляд.

Життя та побут людей, котрі страждають на епілепсію

Хворі на епілепсію живуть звичайним життям. Досвід показує, що в людей з епілепсією, які ведуть нормальне активне життя, напади трапляються рідше. Це означає, що потрібно стимулювати їх повну або часткову зайнятість на роботі.

Як і будь-яке захворювання, епілепсія впливає на стан організму. Тому все, що може покращити самопочуття людини, має позитивний ефект при цьому стані, уключаючи дієту, фізичні вправи, відпочинок, уникнення стресу, а також відмову від уживання алкоголю та наркотиків. Серед видів спорту слід надавати перевагу тим, котрі не сприяють травмуванню голови й короткочасному різкому підвищенню артеріального тиску. Рекомендується, щоб людина з епілепсією перед тим, як збирається плавати, проконсультувалася з її лікарем. Забороняється плавання без супроводу. При частих нападах рекомендується навіть під час прийняття ванни залишати двері відчиненими для забезпечення можливості вчасного надання необхідної допомоги.

Не виявлено суттєвого негативного впливу на перебіг епілепсії при застосуванні вакцини проти правцю, сказу, поліомієліту, кору, паротиту, БЦЖ та туберкулінової проби. Щеплення проти дифтерії бажано проводити вакциною зі зменшеною активністю. Слід бути обережними при застосуванні деяких видів вакцини проти коклюшу, тифу, паратифу та холери. При тривалому порушенні травлення внаслідок невгамовного блювання, опіків стравоходу, операцій на шлунково-кишковому тракті й в інших подібних випадках слід звернутися до невролога для тимчасового переходу на ін’єкційні форми проти епілептичних засоби.

Жінки, котрі використовують протиепілептичні препарати мають бути обережними, коли побажають мати дітей. Існують повідомлення про негативний вплив ліків на плід. У той час, як звичайна частота дефектів новонароджених складає 2–3 % у жінок з епілепсією, котрі не приймають ліків, вона незначно вище (на 1 %). Жінки, котрі вживають один протепілептичний препарат, мають ризик близько 6–7 % із незначною залежністю від виду препарату. Комбінації антиконвульсантів значно підвищують ризик. Проблема полягає в тому, що ліки негативно впливають на плід, але потреба в них протягом вагітності залишається. Напади навіть можуть почастішати й нашкодити і дитині, і матері. Лікар може вирішити змінити або зменшити дозу ліків жінки, якщо вона планує завагітніти. У деяких випадках, коли ризик для матері дитини дуже великий, він може рекомендувати тимчасово відмовитися від вагітності. Будь-які зміни в лікуванні треба виконувати дуже обережно, і жінка ніколи не повинна сама коригувати свою терапію. Деякі протиепілептичні препарати (карбамазепін, примідон, фенобарбітал, фенітоін) можуть привести до втрати ефекту протизаплідних таблеток.

Завжди проконсультуйтесь із вашим лікарем, якщо Ви приймаєте протиепілептичні препарати й плануєте грудне вигодовування малюка. Загалом, кількість антиконвульсантів, що потрапляє в материнське молоко, дуже незначна й недостатня для того, щоб нашкодити дитині. Незважаючи на прогрес у боротьбі з упередженнями проти епілепсії, деяка дискримінація може бути проблемою для людей, котрі страждають на епілептичні напади. На додаток сім'я та друзі можуть бути надмірно завбачливими або накладати зайві обмеження. Тому люди з епілепсією інколи необґрунтовано втрачають довіру до оточуючих або відчувають себе людьми «другого сорту».

У людей з епілепсією може розвинутися депресія. Деякі тривалі напади, які не піддаються лікуванню, асоціюються з хронічними змінами особистості. Також навіть нетривалі скроневі напади можуть викликати емоціональні коливання або порушення мислення. Людина з нападами повинна оволодіти методиками контролю емоцій. Перший

виклик на цьому шляху – сприйняття діагнозу. Інколи спочатку в людей з епілепсією та їхніх сімей спостерігаються шок та заперечення цієї звістки. Нерідко ними оволодіває гнів, збентеженість, депресія. Однак, завдяки правильній інформації й щирій підтримці, люди з епілепсією можуть зрозуміти своє становище та виробити позитивну стратегію життя.

Важливо пам'ятати, що люди з епілепсією можуть жити й живуть повноцінним життям. Якщо відчуття втрати власної гідності стає проблемою, поговоріть про це із сім'єю, вірними друзями або професійними психотерапевтами, які можуть допомогти вам розробити нові шляхи до успіху та зрозуміти сенс життя. Більшість людей з епілепсією здатні виконувати свої професійні обов'язки, деякі винятки з правила – це військова служба, керування транспортом, пожежні команди, тобто місця, де життя інших людей може опинитись у небезпеці, якщо в службовця трапиться напад. При виборі роботи до уваги беруться тип нападу й ступінь його контролю за допомогою медикаментів. Підприємці часто хвилюються, що безпека праці буде скомпроментована, якщо травма викликана нападом на робочому місці. В одному дослідженні показано, що кількість нещасних випадків у хворих на епілепсію нижча, ніж у здорових робітників, оскільки ці люди більш ретельно дотримуються правил техніки безпеки. Підприємець не несе відповідальності, якщо службовець, працюючи на відповідній роботі з необхідними пристосуваннями, отримав травму внаслідок епілептичного нападу. Підприємець може звільнити людину, котра хворіє на епілепсію, якщо він доведе, що необхідні пристосування, які забезпечують безпеку праці, не можуть бути створені.

Епілепсія, як і більшість хронічних захворювань людини, негативно впливає на якість життя хворих. Та наявність епілептичних нападів не завадила увійти в історію людства таким видатним особистостям, як Юлій Цезар, Петро Перший, Наполеон, Достоєвський, Мольєр, Нобель. Це далеко не повний список, тому що більшості людей, які страждають на епілепсію, притаманні такі риси характеру, як наполег-

ливість і цілеспрямованість. Ніколи не здавайтесь і пам'ятайте, що справжній переможець – це той, хто гідно долає труднощі.

Запитання для самоперевірки

1. *Дайте характеристику основних порушень інтелекту.*
2. *Що таке деменція? Дайте характеристику захворювання.*
3. *Що таке олігофренія? Дайте характеристику захворювання.*
4. *Що таке шизофренія? Дайте характеристику захворювання.*
5. *Що таке епілепсія? Дайте характеристику захворювання.*

РОЗДІЛ V
МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

5.1. Методика ЛОБІ

Особистісний опитувальник розроблений з метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших, пов'язаних з нею особистісних відносин у хворих на хронічні соматичні захворювання.

Опитувальник заснований на концептуальній основі «психології відносин». Діагностується сформований під впливом хвороби паттерн ставлення до самої хвороби, її лікування, лікарів і медичного персоналу, рідних та близьких, оточуючих, роботи (навчання), одинокості й майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрій, сон, апетит).

За допомогою лобі можуть бути діагностовані такі типи відносин:

1. Гармонійний (Г). Тверезa оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість та без бачення всього в темних тонах, але й без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно співдіяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших піклуванням про себе. У випадку неблагополучного прогнозу в розумінні інвалідизації – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаться досяжні хворому: зосереджуються на уважності, піклуванні, інтересах і долі близьких, своєї справи.

2. Тривожний (Т). Безперервний неспокій стосовно неблагополучного протікання хвороби, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жадоба додаткової інформації про хворобу, методи лікування, неперервний пошук «авторитетів». На відміну від іпохондрії, більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результат аналізів, висновки спеціалістів), ніж власні відчуття. Тому надають перевагу слуханню висловлювань інших, ніж без кінця скаржитися. Настрій, насамперед, тривожний, пригніченість унаслідок цієї тривожності.

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

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

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

6. Неврастенічний (Н). Поведінка за типом «дратівливої слабкості». Спалахи подразнення, особливо при болях, під час неприємних відчуттів, при невдачах лікування, несприятливих результатах дослідження. Роздратування нерідко виливається на першу зустрічну людину й нерідко завершується слізьми. Нетерпимість, нездатність чекати полегшення. У подальшому – розкаяння за нестриманість.

7. Обсесивно-фобічний (О). Тривожність передусім торкається не реальних, а маловірогідних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих, але малообгрунтованих невдач у житті, роботі, сімейної ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають забобони та ритуали.

8. Сенситивний (С). Надмірне піклування про можливі несприятливі враження, які можуть надати оточуючим свідчення про свою хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінним, із побоюванням ставиться, розпускати плітки або несприятливе свідчення про причину та природу хвороби. Боязкість стати тягарем для близьких через хворобу та несприятливого ставлення зі сторони у зв'язку з цим.

9. Егоцентричний (Я). «Занурення у хворобу». Виставлення на показ близьким і родичам своїх страждань та переживань із метою повністю оволодіти їхнього увагою. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість у ставлення хвороби.

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

11. Анозогнозичний (З). Активне відкидання думок про хворобу, про її можливі наслідки. Заперечення реального в проявах хвороби, приписування її випадковим обставинам. Відмова від обслідування та лікування. Бажання «перебитися своїми засобами».

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

13. Паранойяльний (П). Упевненність, що хвороба – результат чийогось злого задуму. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків злому задуму лікарів і медичного персоналу. Звинувачує та вимагає покарання у зв'язку з цим.

Система відносин, пов'язаних із хворобою, може не вкладатися в один з описаних типів. Тут може йтися про змішані типи, особливо близькі за картині (тривожно-обсесивний, ейфорично-анозогнозичний, сенситивно-ергопатичний та ін.). Але система стосунків ще може не скластися в єдиний патерн – тоді жоден із перерахованих типів не може бути діагностований і риси багатьох чи всіх типів бувають виявлені більш-менш рівномірно.

Техніка дослідження та розкодування результатів. Хворому дають буклет із текстом опитувальника й реєстраційним листом. Пояснюється, що на кожну тему можна зробити від одного до трьох

виборів (не більше!) та номери зроблених виборів обвести кружечком. Якщо жодне із визначень не підходить, обводиться символ 0. Якщо хворий не бажає відповідати саме на цю тему, графа залишається незаповненою. Однак число нуликів і незаповнених граф у сумі не повинно переважати трьох. Час заповнення реєстраційного бланку не обмежений. Але консультуватися з іншими не дозволяється. Розкодування зручно здійснювати з допомогою графіка (див. нижче), де по абсцисі позначено символи типів, а по ординаті відкладено хрестиками бали на користь кожного з типів.

Таблиця 5.1

Приклад графіка розкодування результатів дослідження з допомогою ЛОБІ

10												
9												
8											X	
7											X	
6											X	
5											X	
4	X										X	
3	X						X	X			X	
2	X	X	X			X	X	X			X	
1	X	X	X			X	X	X			X	
	Г	**Т**	**И**	**М**	**А**	**Н**	**О**	**С**	**Я**	**Ф**	**З**	**Р**	**П**

Кожен буквений символ у графі «Бали для розкодування» відповідає 1 балу на користь відповідного типу: Г – гармонійного, Т – тривожного і т. д. Два та більше – символи за один вибір, наприклад ТН, ЗФ, означають, що по одному балові нараховується за кожний із цих типів.

Подвоєнні символи, наприклад ТТЛ, РР, означають, що на користь цього типу нараховується по два бали. Після побудови графіка діагностика типу здійснюється згідно із такими правилами:

1. Діагностуватися можуть лише типи, стосовно яких набрано таку кількість балів, що досягається або перевищує мінімально діагностичне число для цього типу. Мінімальне діагностичне число для різних типів різне:

Тип відношення ГТІМАНОСЯФЗРП

Мінімальне діагностичне число 7433334335563

2. Якщо мінімальне діагностичне число досягнуте або перевищене стосовно кількох типів, діагностуються 2–3 типи, де перевищення найбільш велике. Якщо цього зробити не вдається, то жоден тип не діагностується.

3. Гармонійний тип діагностується, якщо згідно з правилами 1 і 2 не діагностується другий тип. У переплетенні гармонійний тип не діагностується.

На наведеному графіку на користь ергопатичного типу (Р) набрано 8 балів, тобто мінімальне діагностичне число перевищує 2 бали. На користь сенситивного типу набрано 3 бали, тобто мінімальне діагностичне число лише досягнуто. Стосовно всіх інших типів (Т, О, І, Н) мінімальне число не досягнуто. Отже, діагностується змішаний тип.

Стимульний матеріал психологічного дослідження

Інструкція: «Перед вами текст опитувальника із запропонованими виборами за 12 розділами. Вам потрібно вибрати з кожного розділу не більше трьох стверджень, які відображають вашу думку. Якщо жодне з визначень не підходить вам, відзначте останній вибір «О». Номери вибраних відповідей занесіть у нижчеподаний бланк».

Самопочуття

1. Із тих пір, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди почуваюся бадьорим і сповненим сил.
3. Погане самопочуття я намагаюся пересилити.
4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.
5. У мене майже завжди щось болить.
6. Погане самопочуття виникає в мене після прикрощів.

7 Погане самопочуття виникає в мене від очікування неприємностей.

8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання.

9. Моє самопочуття цілком задовільне.

10. Із тих пір, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами роздратованості й почуттям пригнічення.

11. Моє самопочуття залежить від того, як ставляться до мене оточуючі.

0. Жодне з визначень мені не підходить

Настрій

1. Зазвичай, настрій у мене дуже поганий.

2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і роздратованим.

3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, хвилювання за близьких, невпевненості в майбутньому.

4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися смутку й печалі.

5. Через хворобу в мене майже завжди поганий настрій.

6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.

7. У мене з’явився цілковито байдужий настрій.

8. У мене бувають напади роздратованості, під час яких перепадає оточуючим.

9. У мене не буває туги й смутку, але може бути озлобленість і гнів.

10. Найменші неприємності мене дуже непокоять.

11.Через хворобу в мене завжди тривожний настрій.

12. Мій настрій зазвичай такий самий, як людей, які мене оточують.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Сон та пробудження від сну

1. Прокинувшись, я одразу ж примушую себе встати.

2. Ранок для мене – найважча пора доби.

3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути.

4. Я погано сплю вночі й почуваю сонливість удень.

5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко.

6. Уранці я більш активний і мені легше працювати, ніж увечері.

7. У мене поганий і неспокійний сон та часто бувають гнітючі сновидіння.

8. Безсоння в мене наступає періодично без особливих причин.

9. Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати в певний час.

10. Уранці я встаю бадьорим та енергійним.

11. Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні мушу зробити.

12. Ночами в мене бувають напади страху.

13.Уранці я відчуваю повну байдужість до всього.

14. Я можу вільно регулювати свій сон.

15. Уночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу.

16. Увісні мені бачаться різні хвороби.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Апетит та ставлення до їжі

1. Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях.

2. У мене добрий апетит.

3. У мене поганий апетит.

4. Я люблю смачно наїстися.

5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.

6. Мені легко можна зіпсувати апетит.

7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди перевіряю її свіжість та доброякісність.

8. Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримки здоров'я.

9. Я стараюся дотримуватися дієти, яку сам розробив.

10. Їжа не приносить мені ніякого задоволення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до хвороби

1. Моя хвороба мене лякає.

2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.

3. Намагаюся не думати про свою хворобу й жити безтурботним життям.

4. Моя хвороба найбільше пригнічує мене тим, що люди почали відсторонюватися від мене.

5. Постійно думаю про всі можливі ускладненнях, пов'язані з хворобою.

6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого доброго від мене не чекає.

7. Вважаю, що моя хвороба запущена через неуважність та невміння лікарів.

8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.

9. Стараюся пересилити хворобу, працювати, як і раніше, і навіть ще більше.

10. Я почуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.

11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують.

12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як в інших, і тому потребує особливої уваги.

13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним.

14. Я знаю, хто винен у моїй хворобі, і не вибачу цього ніколи.

15. Я докладаю всіх зусиль, аби не піддаватися хворобі.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до лікування

1. Уникаю будь-якого лікування – в надії, що організм сам пересилить хворобу, якщо про неї менше думати.

2. Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані з майбутнім лікуванням.

3. Я був би готовий до найважчого чи навіть небезпечного лікування, тільки б позбавитися хвороби.

4. Я не вірю в успіх лікування й вважаю його даремним.

5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у постійно розчаровуюся в них.

6. Вважаю, що мені приписують багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на марну операцію.

7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безперервні думки про ускладнення та небезпеку, пов'язані з ними.

8. Від лікування мені стає тільки гірше.

9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів.

10. Вважаю, що серед прийнятих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.

11. Вважаю, що мене лікують неправильно.

12. Я жодного лікування не потребую.

13. Мені набридло постійне лікування, хочу лише, щоб мені дали спокій.

14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.

15. Мене дратує й озлоблює, коли лікування не дає полегшення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Відношення до лікарів та медперсоналу

1. Головним для кожного медичного працівника я вважаю уважність до хворого.

2. Я хотів би лікуватись у найбільш відомого лікаря.

3. Вважаю, що захворів, найімовірніше, з вини лікарів.

4. Вважаю, що лікарі мало що тямлять у моїй хворобі й лише роблять вигляд, що лікують.

5. Мені все одно, хто і як мене лікує.

6. Я часто непокоюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.

7. Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь.

8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в успіхові лікування.

9. Із великою повагою я ставлюся до професії медика.

10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неуважні й несумлінно виконують свої обов'язки.

11. Я буваю нестерпним і дратівливим з лікарями та персоналом, а потім шкодую про це.

12. Я здоровий і допомоги лікарів не потребую.

13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до рідних та близьких

1. Я настільки занурений у думки про свою хворобу, що справи близьких перестали мене хвилювати.

2. Я намагаюся рідним та близьким не подавати вигляду, який я хворий, щоб не псувати їм настрою.

3. Близькі надаремно хочуть зробити з мене важкохворого.

4. Мене пригнічують думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти, наскільки важка моя хвороба, та не співчувають моїм стражданням.

6. Близькі не рахуються з моєю хворобою й хочуть жити у своє задоволення.

7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими.

8. Через хворобу втратив усякий інтерес до справ і турбот близьких та рідних.

9. Через хворобу я став тягарем для рідних.

10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликають у мене неприязнь.

11. Я вважаю, що захворів через моїх рідних.

12. Я намагаюся створювати якнайменше незручностей для близьких через мою хворобу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до роботи (навчання)

1. Хвороба робить мене непридатним до роботи (не здатним до навчання).

2. Я боюся, що через хворобу втрачу добру роботу (доведеться піти з хорошого навчального закладу).

3. Моя робота (навчання) стала мені зовсім байдужою.

4. Через хворобу мені не до роботи (не до навчання).

5. Постійно турбуюся, що через хворобу можу припуститися помилок у роботі (не справитись із навчанням).

6. Вважаю, що хвороба виникла через ту шкоду, яку спричинила робота (навчання) моєму здоров'ю.

7. На роботі (де навчаюсь) зовсім не рахуються з моєю хворобою й навіть чіпляються до мене.

8. Не вважаю, що хвороба може завадити моїй роботі (навчанню).

9. Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) якнайменше знали й говорили про мою хворобу.

10 Я вважаю, що, незважаючи на хворобу, варто продовжувати роботу (навчання).

11 Хвороба зробила мене на роботі (на навчанні) непосидючим та нетерплячим.

12. На роботі (у навчанні) я прагну забути про свою хворобу.

13. Усі дивуються й захоплюються тим, що я успішно працюю (навчаюся), незважаючи на хворобу.

14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до оточуючих

1. Мені тепер все одно, хто мене оточує й хто біля мене.

2. Мені хочеться лише, щоб оточуючі залишили мене в спокої.

3. Коли я захворів, усі про мене забули.

4. Здоровий вигляд та життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування.

5. Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться.

6. Мені б хотілося, щоб оточуючі пізнали на собі, як це важко – хворіти.

7. Мені здається, що оточуючі стороняться мене через мою хворобу.

8. Оточуючі не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.

9. Моя хвороба й те, як я її переношу, дивують та вражають оточуючих.

10. З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу.

11. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не вибачу.

12. Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб.

13. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати й навіть дратувати.

14. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до самотності

1. Надаю перевагу самотності, тому що мені одному стає легше.

2. Я відчуваю, що хворобою приречений на повну самотність.

3. На самоті я намагаюся знайти якусь цікаву та важливу роботу.

4. На самоті мене турбують нерадісні думки про хворобу, ускладнення, можливі страждання.

5. Часто, залишившись наодинці, я швидше заспокоююсь: люди мене почали занадто дратувати.

6. Соромлячись хвороби, я прагну уникати людей, а на самоті сумую за людьми.

7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.

8. Мені стало байдуже: чи бути серед людей, чи лишатися на самотності.

9. Бажання побути самому залежить у мене від обставин та настрою.

10. Я боюся залишатися на самоті через небезпеку, пов’язану з хворобою.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до майбутнього

1. Хвороба робить моє майбутнє печальним та сумним.

2. Моє здоров’я не дає поки що жодних підстав хвилюватися за майбутнє.

3. Я завжди надіюся на щасливе майбутнє, навіть у ситуаціях відчаю.

4. Не вважаю, що хвороба може суттєво відбитися на моєму майбутньому.

5. Акуратним лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я на майбутнє.

6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні).

7. Мені стало байдуже, що трапиться зі мною в майбутньому.

8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.

9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів.

10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга й дратівливість на інших людей.

11. Через хвороби я дуже тривожуся за своє майбутнє.

0.Жодне з визначень мені не підходить

Процедура обробки результатів: за кожен збіг вибраної відповіді з нормативною (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічено кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

Нормативний трафарет

Самопочуття	***Настрій***
1. Т	1. Ф
2. З	2. ННТЯ
3. Г	3. ООС
4. ПП	4. Г
5. І	5. ІЯ
6. Н	6. ТН
7. Т	7. А
8.	8.
9.	9.

10. ТН
0. –

10. П
11.
12.
13.
0.

Сон та пробудження від сну

1.
2. ТНО
3. А
4.
5. 6
6. 7
7. 8
8. 9
9. 10
10. СС
11. О
12. –
13. О
14. –
15. –
0. –

Апетит та ставлення до їжі

1. С
2. ФП
3. І
4.
5. З
6.
7. І
8. Р
9. І
10.
0.

Ставлення до хвороби

1. Т
2. АА
3. ФФ
4. С
5. ОО
6. І
7. П
8. З
9. РР

Ставлення до лікування

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

10. І
11. З
12. ЯЯ
13. НН
14. П
15. Г
0.

Ставлення до лікарів і мед. персоналу

1. Г
2. І
3. П
4. –
5. –
6. –
7. –
8. Я
9. Г
10. НП
11. –
12. –
13. –
0.

Ставлення до роботи

1. А
2. –
3. –
4. –
5. С
6. –
7. О
10. П
11. П
12.
13.
14. Г
15.
0. ЗФР

Ставлення до рідних та близьких

1.
2. СР
3.
4.
5. І
6.
7. Я
8.
9.
10.
11.
12. ГРР
0.

Ставлення до оточуючих (навчання)

1.
2.
3.
4.
5.
6. ЗЗ
7. –

8. Ф
9. Р
10. РР
11. –
12. –
13. –
14. –
0. –

8. –
9. Я
10. –
11. –
12. –
13. –
14. І
15. Г
0. –

Ставлення до самотності

1. АС
2. –
3. –
4. –
5. НЯ
6. –
7. –
8. –
9. ГФ
10. СЯ
0. –

Ставлення до майбутнього

1.
2. ЗФ
3. –
4. ЗЗ
5. ГТ
6. –
7. А
8. ІСЯЯ
9. П
10. –
11. –
0. –

5.2. Опитувальник FPI (Freiburger Personlichkeit Inyentar) (форма В)

Цей тест створений у Психологічному інституті Фрайбурзького університету в місті Брейсгау в 1963 р. для діагностики важливих властивостей структури особистості.

Первинну апробацію проводили на студентських групах. Важливо відзначити, що цей опитувальник створено переважно для прикладних досліджень з урахуванням досвіду побудови й застосування таких широковідомих опитувальників, як «16 PF», «MMPI», «EPI» та ін.

Опитувальник складається з дев'яти основних шкал, які виявляють:

1) невротичність; 2) спонтанну агресивність; 3) депресивність; 4) дратівливість; 5) комунікативність; 6) врівноваженість; 7) реактивну агресивність; 8) сором'язливість; 9) відкритість. А також трьох додаткових: 10) екстраверсія-інтраверсія; 11) емоційна лабільність; 12) маскулінність–фемінність.

I. Шкала невротичності характеризує рівень невротизації особистості. Високі оцінки відповідають яскраво вираженому невротичному синдрому переважно астенічного типу з можливими значними психосоматичними порушеннями.

II. Шкала сонтанної агресії дає змогу виявити й оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі оцінки свідчать про можливий підвищений рівень психопатизації, що створює умови для імпульсивної поведінки з оточуючими.

III. Шкала депресивності дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатичного депресивного синдрому. Високі оцінки за цією шкалою відповідають наявності цих ознак в емоційному прояві, у поведінці та ставленні як до самого себе, так і до навколишнього соціального середовища, зокрема до батьків, учителів та ровесників.

IV. Шкала дратівливості дає змогу діагностувати емоційну стійкість особистості школяра. Високі оцінки за цієї шкалою свідчать про нестійкий емоційний стан із високою мірою схильності до афективного реагування на навколишнє соціальне середовище.

V. Шкала комунікативності характеризує як потенційні можливості самого суб'єкта, так й реальні прояви його соціальної активності. Високі оцінки дають змогу стверджувати про наявність яскраво вираженої потреби в спілкуванні з оточуючими й постійній готовності до задоволення цієї потреби з боку самого суб'єкта.

VI. Шкала врівноваженості відображає стійкість до стресових та психотравмуючих ситуацій. Високі оцінки свідчать про хорошу психологічну захищеність від впливу стрес-факторів у звичайних життєвих ситуаціях, які ґрунтується на впевненості в собі, оптимізмі й психічній активності.

VII. Шкала реактивної агресії має за мету визначити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки свідчать про завищений рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до оточення і яскраво вираженим прагненням до домінування над іншими.

VIII. Шкала сором'язливості виявляє схильність до стресового реагування на повсякденні життєві ситуації, що протікають за пасивно-оборонним (захисним) типом. Високі оцінки за шкалою виявляють наявність завищеної тривожності, скованості, невпевненості в собі, наслідком чого є наявність психологічних проблем у соціальних контактах з оточуючими.

IX. Шкала відвертості дає змогу характеризувати ставлення до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про довірливо-відверту взаємодію з навколишніми людьми при високому рівні самокритичності. Оцінки за цією шкалою можуть тією або іншою мірою сприяти самоаналізу відвертості відповідей піддослідного під час роботи з цим опитувальником, що відповідає шкалам правдивості інших опитувальників аналогічного типу.

X. Шкала екстраверсії-інтроверсії виявляє високі або низькі оцінки за показниками, які відповідають вираженій екстравертованості особистості (у випадку наявних високих балів) або інтравертованості (у випадку наявності низьких балів).

XI. Шкала емоційної лабільності за високими оцінками вказує на нестійкий емоційний стан, що проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не тільки високу стабільність емоційного стану як такого, а й уміння володіти собою як у звичайних, так і екстремальних ситуаціях.

XII. Шкала маскулінності-фемінності за високими оцінками вказує на наявність протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі – за жіночим типом як у представників чоловічої, так і жіночої статі незалежно.

Хід проведення. Дослідження може проводитися як індивідуально, так і з групою. Респондентам дається *інструкція:* «Вам пропонується низка тверджень, які можуть певною мірою відображати особливості вашої поведінки, окремі вчинки, ставлення до інших людей, погляди на життя і тощо. Якщо ви вважаєте, що така відповідність має місце, то дайте відповідь "Так", а в протилежному випадку – "Ні". На першому етапі відбувається процедура отримання первинних, або "сирих" балів. Це досягається через зіставлення варіантів відповіді анкети з ключем. На другому етапі процедура пов'язана з переводом "сирих" балів у стандартні оцінки за 9-бальною шкалою за допомогою таблиці № 1».

5.3. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття одинокості Д. Пассела та М. Фергюссон

Інструкція: *«Вам пропонують низку тверджень. Прочитайте послідовно кожне з них та оцініть із погляду частоти їх прояву у вашому житті за допомогою чотирьох варіантів відповідей "часто", "іноді", "рідко", "ніколи". Вибраний варіант відзначте знаком "+"».*

Обробка результатів та інтерпретація

Підраховується сума всіх варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» множиться на три, «іноді» – на два, «рідко» – на один, «ніколи» – на 0. Отримані результати додаються.

Максимально можливий показник одинокості – 60 балів.

Низький ступінь одинокості: 0–20 балів.

Середній ступінь одинокості: 20–40 балів.

Високий ступінь одинокості: 40–60 балів.

Таблиця 5.2

Текст опитувальника

ТВЕРДЖЕННЯ	ЧАСТО	ІНОДІ	РІДКО	НІКОЛИ
1	2	3	4	5
1. Я нещасливий, якщо займаюся стількома речами наодинці				

Продовження таблиці 5.2

1	2	3	4	5
1. Мені ні з ким порозмовляти				
2. Для мене не під силу бути таким одиноким				
3. Мені бракує спілкування.				
4. Я відчуваю, ніби ніхто дійсно не розуміє мене.				
5. Я перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені.				
6. Не існує нікого, до кого я міг би звернутися.				
7. Я зараз більше ні з ким не зближений.				
8. Ті, хто мене оточує, не розділяють мої інтереси та ідеї.				
9. Я відчуваю себе покинутим.				
10. Я не здатний розкріпоститися та спілкуватись із тими, хто мене оточує.				
11. Я почуваю себе повністю одиноким.				
12. Мої соціальні стосунки та зв'язки поверхневі.				
13. Я вмираю за компанією.				
14. Насправді ніхто не знає мене як слід.				
15. Я почуваю себе ізольованим від інших.				
16. Я нещасний, будучи таким відторгнутим.				

Закінчення таблиці 5.2

1	2	3	4	5
17. Мені важко знайти нових друзів.				
18. Я почуваю себе обділеним та ізольованим іншими.				
19. Люди навколо мене, а не зі мною.				

5.4. Методика виявлення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге

Намагайтеся згадати всі події, які стались із вами на протягом останнього року, і підрахуйте загальну суму балів.

Таблиця 5.3

Бланк

№ з/п	ЖИТТЄВІ ПОДІЇ	БАЛИ
1	**2**	**3**
1.	Смерть жінки (чоловіка)	100
2.	Розлучення	73
3.	Розлука партнерів (без оформлення розлучення), розрив із партнером	65
4.	Заточення в тюрму	63
5.	Смерть близького члена сім'ї	63
6.	Травма або хвороба	53
7.	Весілля, шлюб	50
8.	Звільнення з роботи	47
9.	Примирення партнерів	45
10.	Вихід на пенсію	45
11.	Переміни в стані здоров'я членів сім'ї	44
12.	Вагітність партнерші	40
13.	Сексуальні проблеми	39
14.	Поява нового члена сім'ї, народження дитини	39
15.	Реорганізація на роботі	39
16.	Зміни фінансового положення	38

Продовження таблиці 5.3

1	2	3
17.	Смерть близького товариша	37
18.	Зміни в професійній орієнтації, зміна місця роботи	36
19.	Загострення конфлікту з партнером	36
20.	Ссуда або кредит на дорогу покупку (квартира, автомобіль і т. ін.)	31
21.	Закінчення терміну виплати ссуди чи кредиту, зростаючі борги	30
22.	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23.	Син або дочка покидають домівку	29
24.	Проблеми з родичами чоловіка (жінки)	29
25.	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26.	Партнер покидає роботу (або приступає до роботи)	26
27.	Початок або закінчення навчання в навчальному закладі	26
28.	Зміна умов життя	25
29.	Відмова від будь-яких індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки	24
30.	Проблеми з керівництвом, конфлікти	23
31.	Зміна умов або годин роботи	20
32.	Зміна місця проживання	20
33.	Зміна місця навчання	20
34.	Зміна звичок, пов’язана з відпочинком, відпусткою	19
35.	Зміна стереотипів, пов’язаних із віросповіданням	19
36.	Зміна соціальної активності	18
37.	Ссуда або займ для покупки менш дорогих речей (телевізора, музичного центру)	17
38.	Зміна індивідуальних звичок, пов’язаних зі сном, порушенням сну	16
39.	Зміна кількості проживаючих разом членів сім’ї, зміна характеру та частоти зустрічей з іншими членами сім’ї	15

Продовження таблиці 5.3

1	2	3
40.	Зміна звичок, пов'язаних із харчуванням (кількість спожитої їжі, дієта, відсутність апетиту)	15
41.	Відпустка	13
42.	Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43.	Незначні порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху тощо)	11

Інтерпретація результатів

Доктори Холмс та Раге (США) вивчали залежність захворювань (у тому числі інфекційних хвороб і травм) від різноманітних стресогенних життєвих подій у більш ніж п'яти тисячах пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що передумовою психічних та фізичних хвороб є певні серйозні зміни в житті людини. На основі власних досліджень вони склали шкалу, у котрій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності.

Відповідно до проведених досліджень установлено, що 150 балів означає 50 % імовірності виникнення певного захворювання, а при 300 балах – збільшується до 90 %.

Уважно перечитайте весь перелік, щоб мати загальне уявлення про те, які ситуації, події та життєві обставини, що викликають стрес, тут перераховуються. Після цього повторно прочитайте кожен пункт, звертаючи увагу на кількість балів, котрими оцінюється кожна ситуація. На наступному етапі спробуйте вивести з тих подій та ситуацій, котрі за останні два роки відбувались у вашому житті, середнє арифметичне (підрахуйте середню кількість балів за один рік). Якщо певна ситуація відбулась у Вас частіше одного разу на рік, то отриманий результат потрібно помножити на кількість разів.

Остаточна сума виявляє одночасно й рівень стійкості відносно до стресу. Велика кількість балів – це сигнал тривоги, що свідчить про небезпеку. Потрібно вжити термінових заходів, щоб ліквідувати стрес. Підрахована сума має ще одне важливе значення: вона в цифрах виражає ступінь стресового навантаження.

Порівняльна таблиця стресових характеристик

Загальна сума балів	Рівень стійкості стресу
150–199	Високий
200–299	Пороговий
300 й більше	Низький (вразливий)

Якщо сума балів, наприклад, вища 300 – існує небезпека, психосоматичного захворювання, оскільки є реальна загроза нервового виснаження.

Підрахунок суми балів дає можливість відтворити картину власного стресу, тоді в досліджуваного виникає розуміння того, що не окремі, нібито незначні події у власному житті є причиною виникнення стресової ситуації, а їх комплексний вплив та нашарування.

5.5. Методика «Зірка Гінгера» (проективний метод психодіагностики «внутрішньої картини здоров'я»)

Термін «внутрішня картина здоров'я» (ВКЗ) уперше використовує В. Каган (1986), розуміючи здоров'я як цілісний вимір особистості, а хворобу – як певний його рівень Він розробляє теоретичне обґрунтування концепції ВКЗ (В. Каган, 1988). Внутрішня картина здоров'я, за В. Каганом, – це цілісне уявлення, «для – себе – знання» про здоров'я. Саме через вивчення такого цілісного уявлення, яке враховує структуру суб'єктивного досвіду, неможлива адекватна розробка програм збереження й розвитку фізичного та психічного здоров'я, індивідуального стилю здорового способу життя.

Виходячи з цього, найперспективнішим видається використання проективних методів діагностики, які дають можливість виявити компенсаторні психологічні механізми (Ю. Савенко, 1978), «...установки, які виступають як результат певної організації минулого досвіду, що створив вибіркову готовність до майбутнього сприйняття і дій («внутрішні умови»)» (Л. Бурлачук, 1978). Отже, можна стверджувати, що в основі проективних методів лежить теза про зв'язок поведінки з

афективно-мотиваційною сферою особистості, яка історично сформувалась у проблему проекції.

У цій методиці пропонується проективний малюнок, який має ряд переваг над іншими (відносна простота й зручність використання; зменшення ситуативного емоційного напруження під час виконання, сприяння встановленню неформального та емоційного контакту з обстежуваним, маскування інтерпретації) (Краско Т., 1995). Термін «внутрішня картина здоров'я» допускає використання засобів образотворчого мистецтва. За твердженням R. Burns та S. Kaufman (1972), взаємодія між людиною й малюнком є зоровою метафорою. Тому якщо привести весь малюнок в дію, можливо побачити те, що насправді відбувається в її житті. Так, Гертруда Шоттенлоер наголошує: «У буквальному розумінні, зовнішній світ надає для контакту папір, а обстежуваний – якусь частину свого внутрішнього світу, якусь частину себе» (Schottenloher, 1989). Крім того, зображення дає можливість навчитися рефлексії й спонукає до внутрішнього росту та самокорекції. Отже, завдяки зображенню людина ближче знайомиться із собою й одночасно може переосмислювати події.

На думку багатьох авторів, для вивчення ВКЗ найбільш відповідає тест «Дерево». По-перше, саме дерево в малюнку символізує життєву енергію, а прагнення до життя визначається товщиною стовбура й гілок Ch. Koch, 1958); по-друге, інструкція та порядок застосування цього тесту можуть бути змінені (Е. Романова, О. Потьомкіна, 1992); по-третє, широко відомий малюнковий тест (Е. Соколова, 1978).

Одним з найбільш цікавих досліджень, виконаних за згаданим тестом, є робота Рене Стора (R. Stora, 1978). У його варіанті тесту малюнок дерева виконується з обох боків аркуша. При цьому перший малюнок аркуша репрезентує першу реакцію обстежуваного на незнайому ситуацію та відображає його зусилля для самоконтролю. Другий малюнок більше відповідає психологічному станові у звичній ситуації.

У наступному варіанті тесту Р. Стор пропонує намалювати «дерево надії», а на звороті аркуша наосліп зобразити дерево із заплющеними

очима. На думку автора, малюнок дає змогу виявити приховані конфлікти, які можуть впливати на сучасний стан.

Аналогічно описаним дослідженням, у цій методиці обстежуваним пропонують намалювати «дерево здоров'я», а потім повторити із заплющеними очима малюнок на звороті аркуша. Останній малюнок дає змогу виявити конфліктні й мотиваційні аспекти, що перешкоджають веденню здорового способу життя.

Інтерпретація результатів проводиться за допомогою пентаграми у вигляді зірки, розробленої С. Гінгер та А. Гінгер (1999). Вони розглядають промені зірки як п'ять головних вимірів людської діяльності:

1) фізичний;
2) афективний;
3) раціональний;
4) соціальний;
5) духовний.

При цьому слід відзначити, що ліва частина пентаграми стосується життя людини (її тіло, серце, голова), а права ближнього (соціального) та глобального (духовного, космічного) навколишнього середовища.

За твердженням авторів людина, протягом усього життя повинна підтримувати рівновагу між цими видами діяльності, оскільки її поведінка обумовлена всіма п'ятьма згаданими вимірами: організмом і відчуттями; бажаннями й відносинами; думками та рішеннями; навколишнім соціальним середовищем і життям всесвіту (клімат, пора року, обертання Землі, сонячне світло).

ПРОВЕДЕННЯ МЕТОДИКИ «ЗІРКА ГІНГЕРА»

Мета – виявлення індивідуально-типологічних особливостей ВКЗ обстежуваного.

Обладнання: аркуш паперу А-4: олівець або ручка.

Інструкція: намалюйте будь ласка, на аркуші паперу ваше власне «дерево здоров'я». Ви можете намалювати будь-яке дерево, яке вважаєте за потрібне. Виконайте це ручкою чи олівцем.

Далі на звороті аркуша пропонується зобразити «дерево здоров'я» із заплющеними очима.

Обробка результатів. Згадану пентаграму будують у малюнку обстежуваного таким чином (рис. 5.1):

1) розміщують найбільш віддалені п'ять точок намальованого дерева;

2) знайдені точки сполучаються прямими, щоб утворилася зірка;

3) утворені вершини променів зірки з'єднуються прямими лініями.

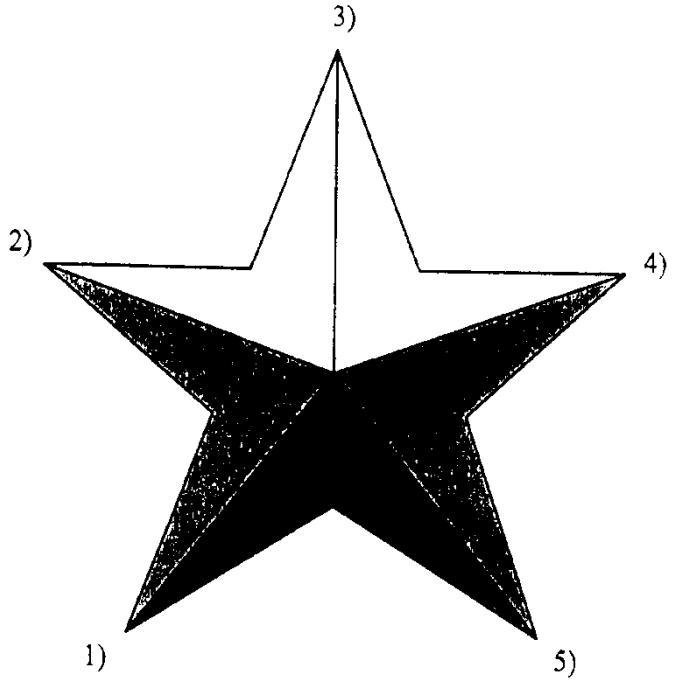


Рис. 5.1. *Виміри людської діяльності (за С. Гінгер, А. Гінгер)*
1) фізичний вимір; 2) афективний вимір; 3) раціональний вимір;
4) соціальний вимір; 5) духовний вимір.

Одержана таким чином зірка показує, як організуються згадані виміри людської діяльності у ВКЗ обстежуваного, яку площину вони займають у зробленому малюнку, як співвідносяться один з одним, який із вимірів переважає, а який займає скромне місце. За бажанням дослідника, ці співвідношення можна виразити в числах, обчисливши площу трикутників, які утворюють промені зірки.

Серж та Анн Гінгери (1999) пишуть: «...якщо переміщуватися від одного кінця пентаграми до другого за годинниковою стрілкою, то можна послідовно пройти через:

а) ставлення до свого тіла, куди включено лише один індивід (самотність);

б) афективні стосунки з коханою людиною (пара);

в) інтелектуальні зв'язки (з кількома людьми);

г) ширші соціальні зв'язки з групами людей (товариства);

д) приналежність до Всесвіту через *поступове розширення* зв'язків.

Тому людина протягом життя повинна намагатися підтримувати рівновагу між часовими періодами, які охоплюють:

- стосунки індивіда із самим собою (розмірковування, читання, медитація);
- стосунки двох (дружба, любов, сексуальність);
- групові стосунки (під час навчання, на роботі, у культурі);
- стосунки із суспільством (економіка, політика);
- стосунки зі світом (екологія, філософія, духовність, релігія).

Аналогічні явища констатують і стосовно психологічного консультування як стратегій допомоги (Р. Нельсон-Джоунс, 2000). Одержаний після з'єднання променів зірки п'ятикутник ілюструє це положення (рис. 5.2). Консультант, котрий володіє певним репертуаром впливів, повинен визначитися, які впливи слід застосувати до конкретного клієнта та яка ймовірність успіху.

Описана методика полегшує цей процес, роблячи його наочним, і дає змогу зробити вибір на користь того чи іншого методу консультування. Більше того, із допомогою наведеного тесту можна розробляти індивідуальні оздоровчі програми й коригувати їх залежно від змін клієнта. За необхідності можна також обчислити площі трикутників A, B, C, D, E, щоб одержати результат у числовому варіанті.

Описаний проективний метод діагностики ВКЗ дає змогу практичному психологу діяти з допомогою багатовимірного продуктивного підходу, одночасно враховуючи названі виміри поведінки людини. Він вивільняє не просто аналіз, а глобальне синтетичне бачення, спрямоване на прояснення того, «як ВКЗ індивіда функціонує зараз», а не «чому ВКЗ індивіда функціонує так». Такий підхід видається нам

виправданим, оскільки, за влучним висловом Едгара Морена, «мрія абсолютно раціональної людини цілковито ірраціональна».

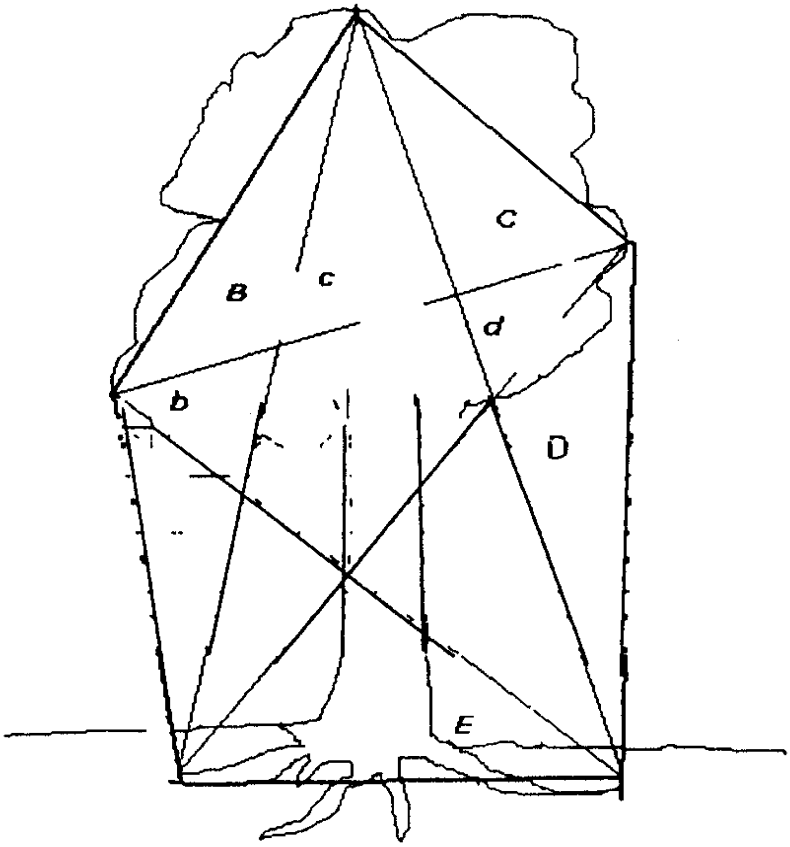


Рис. 5.2. *Побудова пентаграми:*
a – фізичний вимір;b – афективний вимір;c – раціональний вимір;
d – соціальний вимір; e – духовний вимір; A – тілесно орієнтовний підхід;
B – психоаналітичний підхід; C – групова динаміка;D – релігії, медитативні практика;E – природна медицина, йогаЮ тай-цзи, та інші

5.6. Тест «Нервово-психічна адаптація» (НПА)

Методика використовується для проведення оцінки психічного стану «Тест нервово-психічної адаптації». Цей тест спрямований на виявлення у досліджуваних однієї з п'яти груп психічного здоров'я: I група – здорові; II група – майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками; III група – майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (передпатологія); IV група – легка патологія; V група – явна патологія.

Тест опитувальника складається з 26 тверджень, які необхідно продовжити одним з чотирьох варіантів, кожному з яких відповідає

певний бал. Обробка даних зводиться до підрахунку загальної суми балів. Розподіл по групах психічного здоров'я здійснюється наступним чином: I група – сума балів менше 10; II група – 11 – 20 балів; III група – 21 – 30 балів; IV група – 31 – 40 балів; V група – більше 40 балів.

Інструкція: В цій анкеті представлені явища, якими, як правило, психіка людини відповідає на важкі життєві переживання. Уважно прочитайте та відмітьте, будь ласка, в реєстраційному бланку їхню характеристику.

• це явище є і було завжди – 4;

• є вже тривалий час – 3;

• з'явилось останнім часом – 2;

• було в минулому, але зараз немає – 1;

• немає і не було – 0.

1. Безсоння, розлад сну.
2. Відчуття, що оточуючі люди відносяться до мене вороже.
3. Головні болі.
4. Зміни настрою без видимих причин.
5. Побоювання темряви.
6. Відчуття, що Ви стали гірше за інших.
7. Плаксуватісь та схильність до сліз.
8. Відчуття «грудки» в горлі.
9. Побоювання висоти.
10. Швидка втомлюваність, відчуття втоми.
11. Невпевненність в собі, у своїх силах.
12. Сильне відчуття провини.
13. Побоювання з приводу можливого розвитку тяжкої хвороби.
14. Острах знаходитись одному у приміщенні або на вулиці.
15. Побоювання почервоніти «на людях».
16. Труднощі у спілкуванні з людьми.
17. Безпричинний, необґрунтований страх за себе, за інших людей, побоювання будь-яких ситуацій.
18. Тремтіння рук, ніг, усього тіла.
19. Неспрможність стримувати прояв своїх почуттів.

20. Знижений, поганий або подавлений настрій.

21. Прискорене серцебиття.

22. Безпричинна, необґрунтована тривога, передчуття, що може трапитись щось погане, неприємне.

23. Байдужість до всього оточуючого.

24. Підвищена дратівливість, запальність.

25. Підвищена пітливість.

26. Відчуття загальної слабкості, в'ялості.

5.7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Жмурова

Методика виявляє депресивний стан і дає можливість встановити важкість депресивного стану на даний момент. Досліджуваному пропонується прочитати кожну з 44 груп тверджень і вибрати відповідний варіант відповіді за схемою: 0, 1, 2 або 3.

1. 0. Мій настрій зараз не більше пригнічений (сумний), як зазвичай.

1. Мабуть, він більш пригнічений (сумний), ніж зазвичай.

2. Так, він більш пригнічений (сумний), ніж зазвичай.

3. Мій настрій набагато більш пригнічений (сумний), ніж зазвичай.

2. 0. Я відчуваю, що у мене немає тужливого (траурного) настрою.

1. У мене іноді буває такий настрій.

2. У мене часто буває такий настрій.

3. Такий настрій буває у мене постійно.

3. 0. Я не відчуваю себе так, ніби залишився (залишилася) без чогось дуже важливого для мене.

1. У мене іноді буває таке відчуття.

2. У мене часто буває таке відчуття.

3. Я постійно відчуваю себе так, ніби залишився (залишилася) без чогось дуже важливого для мене.

4. 0. У мене не буває відчуття, ніби моє життя зайшло в глухий кут.

1. У мене іноді буває таке відчуття.

2. У мене часто буває таке відчуття.

3. Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя зайшло в глухий кут.

5. 0. У мене не буває відчуття, ніби я постарів (постаріла).

1. У мене іноді буває таке відчуття.

2. У мене часто буває таке відчуття.

3. Я постійно відчуваю, ніби я постарів (постаріла).

6. 0. У мене не буває стану, коли на душі важко.

1. У мене іноді буває такий стан.

2. У мене часто буває такий стан.

3. Я постійно перебуваю в такому стані.

7. 0. Я спокійний (спокійна) за своє майбутнє, як звичайно.

1. Мабуть, майбутнє турбує мене дещо більше, ніж зазвичай.

2. Майбутнє турбує мене значно більше, ніж зазвичай.

3. Майбутнє турбує мене набагато більше, ніж зазвичай.

8. 0. У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж зазвичай.

1. У своєму минулому я бачу поганого дещо більше, ніж зазвичай.

2. У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж зазвичай.

3. У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж зазвичай.

9. 0. Надій на краще у мене не менше, ніж зазвичай.

1. Таких надій у мене дещо менше, ніж зазвичай.

2. Таких надій у мене значно менше, ніж зазвичай.

3. Надій на краще у мене набагато менше, ніж зазвичай.

10. 0. Я лякливий (боязлива) не більше звичайного.

1. Я лякливий (боязлива) дещо більш звичайного.

2. Я лякливий (боязлива) значно більш звичайного.

3. Я лякливий (боязлива) набагато більш звичайного.

11. 0. Щось гарне мене радує, як і колись.

1. Я відчуваю, що воно радує мене дещо менше колишнього.

2. Воно радує мене значно менше попереднього.

3. Я відчуваю, що воно радує мене набагато менше попереднього.

12. 0. У мене немає відчуття, що моє життя безглузде.

1. У мене іноді буває таке відчуття.

2. У мене часто буває таке відчуття.

3. Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя безглузде.

13. 0. Я уразливий (уразлива) щонайбільше, ніж зазвичай.

1. Мабуть, я дещо більш уразливий (уразлива), ніж зазвичай.

2. Я уразливий (уразлива) значно більше, ніж зазвичай.

3. Я уразливий (уразлива) набагато більше, ніж зазвичай.

14. 0. Я отримую задоволення від приємного, як і раніше.

1. Я отримую такого задоволення дещо менше, ніж раніше.

2. Я отримую такого задоволення значно менше, ніж раніше.

3. Я не отримую тепер задоволення від приємного.

15. 0. Зазвичай я не відчуваю провини, якщо немає на це причини.

1. Іноді я відчуваю себе так, ніби в чомусь винен.

2. Я часто відчуваю себе так, ніби в чомусь винен.

3. Я постійно відчуваю себе так, ніби в чомусь винен.

16. 0. Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе не більше звичайного.

1. Я звинувачую себе за це дещо більше звичайного.

2. Я звинувачую себе за це значно більше звичайного.

3. Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе набагато більше звичайного.

17. 0. Зазвичай у мене не буває ненависті до себе.

1. Іноді буває, що я ненавиджу себе.

2. Часто буває так, що я себе ненавиджу.

3. Я постійно відчуваю, що ненавиджу себе.

18. 0. Я не відчуваю, що я дратівливий (дратівлива).

1. Іноді я відчуваю, щоя дратівливий (дратівлива).

2. Я дратівливий (дратівлива) дещо більше звичайного.

3. Я відчуваю, що постійно я дратівливий (дратівлива).

19. 0. Я звинувачую себе за провини іншим не більше звичайного.

1. Я звинувачую себе за них дещо більше звичайного.

2. Я звинувачую себе за них значно більше звичайного.

3. За проступки інших я звинувачую себе набагато більше звичайного.

20. 0. Стани, коли все здається безглуздим, у мене зазвичай не буває.

1. Іноді у мене буває такий стан.

2. У мене часто буває тепер такий стан.

3. Цей стан у мене тепер не проходить.

21. 0. Почуття, що я заслужив (заслужила) кару, у мене не буває.

1. Тепер іноді буває.

2. Воно часто буває у мене.

3. Це почуття у мене тепер практично не проходить.

22. 0. Я бачу в собі не менше хорошого, ніж раніше.

1. Я бачу в собі дещо менше хорошого, ніж раніше.

2. Я бачу в собі значно менше хорошого, ніж раніше.

3. Я бачу в собі набагато менше хорошого, ніж раніше.

23. 0. Зазвичай я думаю, що в мені поганого не більше, ніж у інших.

1. Іноді я думаю, що у мене поганого більше, ніж у інших.

2. Я часто так думаю.

3. Я постійно думаю, що поганого в мені більше, ніж у інших.

24. 0. Бажання померти у мене не буває.

1. Це бажання у мене іноді буває.

2. Це бажання у мене буває тепер часто.

3. Це тепер постійне моє бажання.

25. 0. Я не плачу.

1. Я іноді плачу.

2. Я плачу часто.

3. Я хочу плакати, але сліз у мене вже немає.

26. 0. У мене не буває відчуття, ніби я загруз (загрузла) в гріхах.

1. У мене іноді тепер буває це почуття.

2. У мене часто буває тепер це почуття.

3. Це почуття у мене тепер не проходить.

27. 0. У мене не буває стану, коли я не відчуваю своїх емоцій.

1. Іноді у мене буває такий стан.

2. У мене часто буває такий стан.

3. Цей стан у мене тепер не проходить.

28. 0. Моя розумова активність ніяк не змінилася.

1. Я відчуваю тепер якусь неясність в своїх думках.

2. Я відчуваю тепер, що сильно отупів (отупіла) (у голові мало думок).

3. Я зовсім ні про що тепер не думаю (голова порожня).

29. 0. Я не втратив (втратила) інтерес до інших людей.

1. Я відчуваю, що колишній інтерес до людей дещо зменшився.

2. Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився.

3. У мене зовсім пропав інтерес до людей (я нікого не хочу бачити).

30. 0. Я приймаю рішення, як звичайно.

1. Мені важче приймати рішення, ніж зазвичай.

2. Мені набагато важче приймати рішення, ніж зазвичай.

3. Я вже не можу сам (сама) прийняти ніяких рішень.

31. 0. Я не менш привабливий (приваблива), ніж зазвичай.

1. Мабуть, я дещо менш привабливий (приваблива), ніж зазвичай.

2. Я значно менш привабливий (приваблива), ніж зазвичай.

3. Я відчуваю, що виглядаю просто потворно.

32. 0. Я можу працювати, як і зазвичай.

1. Мені дещо важче працювати, ніж зазвичай.

2. Мені значно важче працювати, ніж зазвичай.

3. Я зовсім не можу тепер працювати (все валиться з рук).

33. 0. Я сплю не гірше, ніж зазвичай.

1. Я сплю дещо гірше, ніж зазвичай.

2. Я сплю значно гірше, ніж зазвичай.

3. Тепер я майже зовсім не сплю.

34. 0. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай.

1. Я втомлююся дещо більше, ніж зазвичай.

2. Я втомлююся значно більше, ніж зазвичай.

3. У мене вже немає ніяких сил щось робити.

35. 0. Мій апетит не гірший звичайного.

1. Мій апетит дещо гірший звичайного.

2. Мій апетит значно гірший звичайного.

3. Апетиту у мене тепер зовсім немає.

36. 0. Мій вага залишається незмінною.

1. Я трохи схуд (схудла) останнім часом.

2. Я помітно схуд (схудла) останнім часом.

3. Останнім часом я дуже схуд (схудла).

37. 0. Я дорожу своїм здоров'ям, як і зазвичай.

1. Я дорожу своїм здоров'ям менше, ніж зазвичай.

2. Я дорожу своїм здоров'ям значно менше, ніж зазвичай.

3. Я зовсім дорожу тепер своїм здоров'ям.

38. 0. Я цікавлюся сексом, як і колись.

1. Я дещо менше цікавлюся сексом, ніж раніше.

2. Я цікавлюся сексом значно менше, ніж раніше.

3. Я повністю втратив (втратила) інтерес до сексу.

39. 0. Я не відчуваю, що моє «Я» якось змінилося.

1. Тепер я відчуваю, що моє «Я» дещо змінилося.

2. Тепер я відчуваю, що моє «Я» значно змінилося.

3. Моє «Я» так змінилося, що тепер я не впізнаю сам (сама) себе.

40. 0. Я відчуваю біль, як і зазвичай.

1. Я відчуваю біль сильніше, ніж зазвичай.

2. Я відчуваю біль слабше, ніж зазвичай.

3. Я майже не відчуваю тепер болю.

41. 0. Деякі розлади (сухість у роті, серцебиття, запори, задуха) у мене бувають не частіше, ніж зазвичай.

1. Ці розлади бувають у мене кілька частіше звичайного.

2. Деякі з цих розладів бувають у мене значно частіше звичайного.

3. Ці розлади бувають у мене набагато частіше звичайного.

42. 0. Вранці мій настрій зазвичай не гірше, ніж до ночі.

1. Вранці воно в мене дещо гірше, ніж до ночі.

2. Вранці воно в мене значно гірше, ніж до ночі.

3. Вранці мій настрій набагато гірше, ніж до ночі.

43. 0. У мене не буває спадів настрою навесні (восени).

1. Таке одного разу зі мною було.

2. Зі мною таке було два чи три рази.

3. Зі мною було таке багато разів.

44. 0. Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго.

1. Пригнічений настрій у мене може тривати по тижню, до місяця.

2. Пригнічений настрій у мене може тривати місяцями.

3. Пригнічений настрій у мене може тривати до року і більше.

Обробка та інтерпретація: Визначається сума зазначених номерів відповідей, які одночасно є і балами.

- 1–9 балів – депресія відсутня або незначна;
- 10–24 бали – депресія мінімальна;
- 25–44 бали – легка депресія;
- 45–67 балів – помірна депресія;
- 68–87 балів – виражена депресія.

5.8. Методика САН (самопочуття, активність, настрій)

Методика досліджує такі психічні стани як самопочуття, активність і настрій.

Інструкція: Перед Вами шкала протилежних якостей. Оцініть, будь ласка, свій стан протягом дня (з ранку до моменту перевірки), вибравши бал, який найбільшій мірі відображає співвідношення між двома протилежними якостями.

Таблиця 5.4

Бланк

1. Добре самопочуття	7	6	5	4	3	2	1	Погане самопочуття
2. Сильний	7	6	5	4	3	2	1	Слабкий
3. Активний	7	6	5	4	3	2	1	Пасивний
4. Рухливий	7	6	5	4	3	2	1	Малорухливий
5. Веселий	7	6	5	4	3	2	1	Сумний
6. Гарний настрій	7	6	5	4	3	2	1	Поганий настрій
7. Працездатний	7	6	5	4	3	2	1	Непрацездатний
8. Повний сил	7	6	5	4	3	2	1	Знесилений
9. Швидкий	7	6	5	4	3	2	1	Повільний
10. Діяльний	7	6	5	4	3	2	1	Бездіяльний

Закінчення таблиці 5.4

11. Щасливий	7	6	5	4	3	2	1	Нещасний
12. Життєрадісний	7	6	5	4	3	2	1	Похмурий
13. Напружений	7	6	5	4	3	2	1	Розслаблений
14. Здоровий	7	6	5	4	3	2	1	Хворий
15. Захоплений	7	6	5	4	3	2	1	Байдужий
16. Схвильований	7	6	5	4	3	2	1	Спокійний
17. Піднесений	7	6	5	4	3	2	1	Похнюплений
18. Радісний	7	6	5	4	3	2	1	Зажурений
19. Відпочилий	7	6	5	4	3	2	1	Стомлений
20. Свіжий	7	6	5	4	3	2	1	Виснажений
21. Збуджений	7	6	5	4	3	2	1	Сонливий
22. Безтурботний	7	6	5	4	3	2	1	Заклопотаний
23. Бажання діяти	7	6	5	4	3	2	1	Бажання відпочити
24. Оптимістичний	7	6	5	4	3	2	1	Песимістичний
25. Витривалий	7	6	5	4	3	2	1	Кволий
26. Бадьорий	7	6	5	4	3	2	1	Млявий
27.Міркую без напруження	7	6	5	4	3	2	1	Міркувати можу лише через силу
28. Уважний	7	6	5	4	3	2	1	Неуважний
29. Сповнений надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
30. Задоволений	7	6	5	4	3	2	1	Незадоволений

Аналіз та інтерпретація результатів:

Показник самопочуття визначається за середнім балом на основі номерів шкали – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;

Активності – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

Настрою – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Розраховується середнє арифметичне за кожним показником: самопочуття – 5,4; активність – 4; настрій – 4,1.

5.9. Шкала самоповаги Розенберга

Шкала самоповаги Розенберга використовується для визначення самооцінки. Вона є досить компактною і дозволяє визначити загальне

ставлення особистості до себе. Пропонується оцінити ставлення до вказаних тверджень за чотирьохбальною шкалою: повністю згоден, згоден, не згоден, абсолютно не згоден.

1. Я відчуваю, що я достойна людина, принаймні не менше, ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, що у мене є ряд хороших якостей.
4. Я можу деякі речі робити не гірше, ніж більшість.
5. Думаю, що мені особливо нічим гордитися.
6. Я добре ставлюся до себе.
7. Загалом я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Інколи я добре відчуваю свою непотрібність.
10. Інколи я думаю, що я в усьому поганий.

Під час опрацювання результатів опитування необхідно враховувати прямі і обернені судження. Відповіді кодують за такою схемою:

Відповідь	Твердження, бали	
	прямі	обернені
Повністю згоден	4	1
Згоден	3	2
Не згоден	2	3
Абсолютно не згоден	1	4

Прямі твердження: 1, 3, 4, 6; обернені: 2, 5, 7, 8, 9, 10. Максимально можлива сума – 40 балів, мінімальна – 10 балів.

5.10. Особистісний профіль кризи

Інструкція. Прочитайте приведені нижче твердження й відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану. Якщо твердження лише частково вірно, то підкресліть ту його частину, яка відповідає вашим реакціям. Хочемо нагадати, що в приведеному спис-

ку немає поганих або хороших проявів і реакцій. Усі вони є лише неминучим наслідком переживанння кризи.

Текст опитувальника.

1. Я страждаю від головних болей, погіршення здоров'я або почуваю себе погано.

2. Я став розсіяним.

3. Мене не покидає почуття тривоги, яке підсилює мої судження і почуття.

4. Іноді у мене виникають думки, що немає сенсу жити як раніше.

5. Я уникаю думати або говорити про свою невдачу (нещастя).

6. Іноді моє серце б'ється прискорено.

7. Мені здається, що я втратив здатність реально оцінювати події і чітко їх сприймати.

8. Я сердитий на весь світ за те, що це сталося зі мною.

9. Я відчуваю фізичну втому, апатію, млявість почуттів.

10. Думки про те, що сталося, безупинно крутяться у мене в голові, і я не можу зупинити їх.

11. Іноді я не можу нормально дихати.

12. Іноді мені важко чітко формулювати свої думки.

13. Після того, що сталося, я не плачу і не тужу так, як це зазвичай повинно бути.

14. Усі ті, що оточували мене, здаються мені чужими, холодними і безнадійними.

15. Я зовсім не можу працювати як раніше, у мене все валиться з рук.

16. Закріпи (проноси) мене турбують частіше, ніж зазвичай.

17. Я став забудькуватим і пропускаю деякі обов'язкові заходи.

18. Іноді я плачу або близький до цього.

19. Я не отримую задоволення від приємних і радісних подій, так як раніше.

20. Мені хочеться забутися і бігти світ за очі.

21. У мене є труднощі із засинанням.

22. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.

23. Майже увесь час я відчуваю незрозумілу тривогу.

24. Іноді я ненавиджу себе.

25. Іноді думки про те, що сталося, позбавляють мене сну.

26. Мій пульс прискорений (уповільнений), кров'яний тиск підвищений (знижений).

27. Моє сприйняття оточуючого звужене і обмежене моєю проблемою і всім, що її стосується.

28. Мені соромно за себе і за все, що зі мною сталося.

29. Часом все здається мені безглуздим.

30. Я не в змозі виконувати свої професійні і домашні обов'язки як раніше.

31. У мене нестійкий серцевий ритм (уповільнений, прискорений).

32. Мені здається, що мої рішення, прийняті нині, непродумані, скороспішні і навіть імпульсивні.

33. Іноді мене охоплює стан повної нечутливості, начебто нічого не сталося.

34. Моє «Я» так змінилося, що іноді я не впізнаю сам себе.

35. Я став приділяти значно більше часу роботі (службі), і в цьому знаходжу вихід з ситуації, що сталася.

36. У мене часто буває сухість в роті.

37. Мені складно запам'ятати інформацію, яку раніше я запам'ятовував без особливої напруги.

38. Частенько у мене виникає бажання розповісти про свої душевні переживання навіть малознайомим людям.

39. Подавлений, пригнічений настрій у мене триває довго.

40. Час від часу у мене мимоволі (у вигляді своєрідного спалаху) пожвавлюються найбільш травматичні спогади про те, що сталося.

41. Часто у мене виникає суб'єктивне відчуття нестачі повітря і навіть відчуття зупинки дихання.

42. Я не можу належним чином зосередитися під час виконання своїх службових обов'язків.

43. Іноді у мене виникає відчуття, що усе всередині стислось в клубок.

44. У мене загострилося критичне ставлення до себе і своїх вчинків.

45. Я втомлююся навіть від виконання своїх звичайних обов'язків.

46. У мене знизився апетит, іноді з'являється нудота.

47. Іноді мені здається, що все, що діється – нереально.

48. З кожним днем мені все частіше спадає думка про те, що я не зробив все можливе для того, щоб уникнути такого розвитку подій.

49. Мій настрій став вкрай нестійким.

50. Я став випивати більше, ніж потрібно.

51. У мене з'явилась надмірна пітливисть.

52. Коли до мене звертаються, я частенько відповідаю із затримкою.

53. Мене охопив стан байдужості до оточення, ніщо не хвилює, не турбує, не цікавить.

54. Я нікого не хочу бачити і намагаюся бути насамоті.

55. Велику частину часу я продовжую розмірковувати про те що сталося, хоча це і важко.

56. Мій сон став неспокійним, й іноді уривається кошмарами.

57. Я став помічати, що частенько не можу згадати інформацію, яку завжди пам'ятав.

58. Я настільки занурений в свої почуття, що через це стає тільки гірше.

59. У мене часто буває насуплений настрій, я став дратівливим, похмурим, агресивним стосовно до рідних і близьких.

60. Я намагаюся уникати труднощів як в думках, так і в діях.

Пропонований опитувальник дозволяє визначити особистісний профіль кризи, яка переживається. Його теоретичною основою є положення про комплексний характер переживання кризи, що зачіпає різні фізіологічні і психологічні аспекти.

Обробка результатів: кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа, потім суму помножте на множник (якщо він є), що відповідає даній шкалі.

1. Загальний стан: (1).

2. Функціональні проблеми: а) порушення функціонування вегетативної системи (26; 36; 51х4); б) порушення серцевої діяльності (6; 31х6); в) порушення дихання (11; 41х6); г) порушення функціонування шлунково-кишкового тракту (16; 46х6); д) проблеми зі сном (21; 56х6);

3. Ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності: а) ускладнення функціонування уваги (2; 22; 42х4); б) ускладнення функціонування сприйняття (7; 27; 47х4); в) ускладнення функціонування мислення (12; 32; 52х4); г) ускладнення функціонування пам'яті (17; 37; 57х4);

4. Порушення емоційного реагування а) тривога (3; 23; 43х4); б) генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина) (8; 28; 48х4); в) емоційна притупленість (13; 33; 53х4); е) легкодухість, підвищена емоційність (18; 38; 58х4);

5. Депресивний настрій (4; 9; 14; 19; 24; 29; 34; 39; 44; 49; 54; 59);

6. Зміни в поведінці і діяльності: а) спроби уникнути проблеми (5; 20; 35; 50х3); б) занурення в проблему (10; 25; 40; 55х3); в) проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків (15; 30; 45; 60х3);

Визначення індивідуального профілю переживання кризи робиться за таблицею ключів, де відбиваються набрані бали за 17 позиціями.

5.11. «Піктограма»

Призначена для дослідження особливостей опосередкованого запам'ятовування і його продуктивності, а також характеру розумової діяльності, рівня формування понятійного мислення.

Опис і матеріал:

Чистий листок паперу, один простий чи кілька кольорових олівців. Після інструктажу випробуваному зачитуються слова з інтервалом не більш 30 секунд. Перед кожним чи словом словосполученням називається його порядковий номер, а потім дається час на його зображення. Кожне слово чи словосполучення повинне чітко вимовляється з метою запобігання повторення.

У ході виконання завдання не рекомендується написання окремих букв чи слів. Поки випробуваний малює, йому можна задавати питання типу: «Що Ви малюєте?», «Як це допоможе Вам згадати слово?». При цьому усі висловлювання випробуваного заносяться до протоколу.

Відтворення випробуваним словесного матеріалу здійснюється не раніше як за 40–60 хв. Через деякий час випробуваному пред'являються його малюнки з проханням згадати відповідні слова, що також фіксуються у протоколі.

Текст (варіанти набору слів і словосполучень):

1. Веселе свято	1. Глуха бабуся
2. Важка робота	2. Війна
3. Розвиток	3. Строга вчителька
4. Смачна вечеря	4. Голодна людина
5. Сміливий учинок	5. Сліпий хлопчик
6. Хвороба	6. Багатство
7. Щастя	7. Дівчинці холодно
8. Розлука	8. Влада
9. Дружба	9. Хвора жінка
10. Темна ніч	10. Обман
11. Сум	11. Весела компанія

Обробка результатів і інтерпретація:

При оцінці результатів дослідження підраховується кількість правильно відтворених слів у співвідношенні з загальною кількістю пред'явлених для запам'ятовування. Ці дані можуть бути порівнянні з результатами завчання 10 слів.

Особливості опосередкованого запам'ятовування виражаються через якість малюнків випробуваного. Усі зображення можна класифікувати на п'ять основних видів:

Абстрактні зображення (А) – у виді ліній, не оформлених у який-небудь пізнаваний образ;

Знаково-символічні (З) – у виді чи знаків символів (геометричні фігури, стрілки і т.д.);

Конкретні (ДО) – конкретні предмети;

Сюжетні (З) – зображувані предмети, персонажі об'єднуються у яку-небудь ситуацію, сюжет;

Метафоричні (М) – зображення у виді метафор, художнього вимислу.

При обробці результатів поруч з кожним малюнком проставляється літерне позначення передбачуваного виду зображення. Потім можна зробити висновок про характер розумового процесу випробуваного в залежності від найбільше часто уживаного виду зображення. Якщо випробуваний користається абстрактними і знаково-символічними типами малюнків, то він може бути віднесений до типу «мислителя». Якщо випробуваний користається сюжетними і метафоричними зображеннями, то він може бути віднесений у групу людей із творчим мисленням художніх здібностей, що усвідомлять у собі наявність, чи захопливих художньою творчістю. У випадку переваги конкретного виду зображень можна припустити переважання у випробуваного конкретно діючого мислення, що має на увазі оперування безпосередньо сприйманими об'єктами і зв'язками, або про так зване практичне мислення, спрямоване на вирішення конкретних задач у практичній діяльності. Перше найчастіше властиве дітям до 10–11 років, друге – керівникам, вчителям.

Якщо як опосередковані стимули часто зображуються чоловічки і відтворення словесного матеріалу при цьому проходить успішно, це може розглядатися як прояв товариськості, якщо відтворення таких зображень утруднене, то це може служити ознакою інфантильності.

5.12. Тест «Бачити, відчувати, чути»

Мета: визначити, які органи чуття швидше, відгукуються під час контактів людини з навколишнім світом.

Засоби: бланки, ручка (олівець). Дослідження проводиться в групі. Експериментатор роздає листочки, просить підготувати ручки.

Інструкція: Зараз Вам будуть зачитані запитання. Вам необхідно при стверджувальній відповіді поставити «+», при заперечній – мінус біля відповідної цифри.

1. Люблю спостерігати за хмарами та зірками.
2. Часто наспівую собі потихеньку.
3. Не визнаю модного одягу, якщо він не зручний.
4. Полюбляю паритися у ванні (у лазні).

5. Для того, щоб мені сподобався одяг (автомашана), то головне, щоб мене задовільнив колір.

6. Впізнаю по кроках, хто зайшов у кімнату.

7. Мене приваблює, коли наслідують голоси птахів, звірів, людей.

8. Багато часу проводжу біля дзеркала, присвячую зовнішньому вигляду.

9. Люблю приймати масаж.

10. Коли є вільний час, люблю спостерігати за людьми.

11. Погано почуваюся, коли довго змушений сидіти без руху.

12. Подивившись на кокстюм на вітрині, я знаю, буде він мені пасувати чи ні.

13. Коли почую стару мелодію, до мене вертається минуле.

14. Я часто читаю під час їжі.

15. Дуже довго розмовляю по телефону.

16. Чітко відчуваю, коли набираю чи скидаю вагу.

17. Більше полюбляю слухати, як хтось читає розповідь, ніж читати самому.

18. Після невдалого дня мій організм стомлений.

19. Охоче і багато фотографую і малюю.

20. Довго пам´ятаю, що мені сказали друзі чи знайомі.

21. Легко віддаю гроші за квіти, тому що вони прикрашають життя.

22. Увечері люблю прийняти ванну, душ.

23. Намагаюсь записувати свої думки, особисті справи.

24. Часто розмовляю з самим собою.

25. Після тривалої поїздки на машині довго приходжу до тями.

26. Тембр голосу багато говорить мені про людину.

27. Дуже часто оцінюю людей за їх манерою одягатися.

28. Люблю розминатись, розправляти кінцівки, розтягувати м’язи.

29. Надмірно тверда чи м´яка постіль – це для мене мука.

30. Мені нелегко знайти зручне взуття.

31. Дуже люблю ходити у кіно.

32. Пізнаю обличчя, які бачив коли-небуть, навіть через роки.

33. Люблю ходити під дощем, коли краплі стукають по парасольці.
34. Вмію слухати співрозмовника.
35. Люблю танцювати, а у вільний час займатися фізкультурою.
36. Коли поблизу голосно «йде» годинник, то не можу зосередитись чи заснути.
37. В мене непогана фонотека, збираю записи.
38. Коли слухаю музику, то відбиваю такт ногою.
39. Під час відпочинку не люблю роздивлятися пам'ятки архітектури.
40. Не терплю безладдя.
41. Не люблю синтетичні тканини.
42. Вважаю, що комфорт багато залежить від освітлення кімнати.
43. Часто ходжу на концерти.
44. Потиск руки багато говорить мені про дану особистість.
45. Охоче відвідую галереї та виставки.
46. Серйозна дискусія – це захоплива справа.
47. Через дотик можна значно більше, ніж словами.
48. В галасі не можу зосередитись.

Обробка результатів:

Ключ: А – зорове сприймання (№ 1, 5, 8, 10, 12, 6, 14, 19, 21, 23, 27, 31, 32, 39, 40, 42, 45).

Б – відчувати (отримувати інформацію органами чуття) – № 3, 4, 9, 11, 16, 18, 22, 25, ь28, 29, 30, 35, 38, 41, 44, 47.

В – слухове сприймання (№ 2, 6, 7, 13, 15, 17, 20, 24, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 48).

За кожне питання нараховується 1 бал. Сума балів вища 12 по 1-й групі питань дає змогу оцінити рівень модальності сприймання А, Б чи В.

5.13. Тест Мюнстерберга

Мета дослідження: визначення вибірковості уваги.

Обладнання: бланк із завданням.

Інструкція: Серед буквеного тексту є слова. Ваше завдання переглядаючи рядок за рядком, як можна швидше знайти ці слова. Знайдені слова підкреслюйте. Час виконання завдання – 2 хв.

БЛАНК:

бсонцевтргщоцрайонзгучновостьхеьгчяфактуекіспиттрочягшгцкпроку
роргурстабюетеоріяентсджебьамхокейтрсіцифцуйгзхтелевізорсолдатжщ
зхюелгщьбапам’ятьшогхеюжпждргщхенздсприйняттяйцукенгшщзх’ваф
иапролдблюбовавфирплослдспектакльячсмітьбюжюерадістьвуфцпеждл
орпкнародшлджьхешщгієнакуифйшрепортажеждорлафивюефбьконкурс
йфячицувскапрособистістьзхжеьеюдшщглоджепрплаваннядтлжезбьтрд
щшжнпркивкомедіяшлдкцуйфвідчайййфоячвтлджехьфтасенлабораторіяг
щдщнруцтргшщтлрпідставазщдеркентаопрукгвсмтрпсихіатріябплмстчь
йсмтзаце’агнтехт

Ключ:

б **сонце** втргщоц **район** згучновостьхеьгчя **факт** уєк **іспит** трочягшгцк **прокурор** гурстабюе **теорія** ентсджебьам **хокей** трсіцифцуйгзх **телевізор** **солдат** жщзхюелгщьба **пам’ять** шогхеюжпждргщхензд **сприйняття** йцукенгшщзх’вафиапролдб **любов** авфирплослд **спектакль** ячсмітьбюжюе **радість** вуфцпеждлорпк **народ** шлджьхешщ **гієна** куифйш **репортаж** еждорлафивюефбь **конкурс** йфячицувскапр **особистість** зхжеьеюдшщглоджепр **плавання** дтлжезбьтрдщшжнпркив **комедія** шлдкцуйф **відчай** йфоячвтлдже хьфтасен **лабораторія** гщдщнруцтргшщтлр **підстава** зщдеркентаопрукгвсмтр **психіатрія** бплмстчьйсмтзаце’агнтехт

Оцінка результатів: Методика спрямована на визначення вибірковості уваги. Оцінюється кількість виділених слів і кількість помилок, тобто пропущених і неправильно виділених слів. У тексті міститься 25 слів.

5.14. Шкала тривожності В. Норакідзе

Показник, що вимірюється: особистісна тривожність.

У 1975 році В. Норакідзе доповнив опитувальник Дж. Тейлора шкалою щирості, яка дозволила робити висновок про демонстративність, нещирість у відповідях.

Хід дослідження: Прочитайте твердження, якщо воно співпадає з вашою думкою напишіть навпроти нього «Так», якщо не співпадає – напишіть «Ні».

Твердження:

1. Я можу довго працювати, не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки та ноги у мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Іноді мені здається, що я ні на що не придатний.
8. Зазвичай я почуваюся цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на будь-чому одному.
10. У дитинстві я завжди негайно та покірно виконував усе те, що мені доручали.
11. Раз на місяць чи частіше у мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось турбує.
13. Я думаю, що я не більш нервовий, ніж більшість інших людей.
14. Я не надто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великою напругою.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не знаюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю у себе серцебиття чи задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось турбує.
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.

23. Мене часто мучать нічні кошмари.

24. Я схильний все приймати дуже серйозно.

25. Коли я нервуюся, у мене посилюється пітливість.

26. У мене неспокійний і уривчастий сон.

27. В іграх я волію швидше вигравати, ніж програвати.

28. Я чутливіший, ніж більшість інших людей.

29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.

30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.

31. Мій шлунок дуже турбує мене.

32. Я постійно стурбований своїми матеріальними та службовими справами.

33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть завдати мені шкоди.

34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких не подолати.

35. Я легко приходжу в замішання.

36. Іноді я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.

37. Я волію ухилятися від конфліктів та скрутних положень.

38. У мене бувають напади нудоти та блювання.

39. Я ніколи не спізнювався на побачення чи роботу.

40. Іноді я відчуваю себе непотрібним.

41. Іноді мені хочеться вилаятися.

42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв’язку з чимось або з кимось.

43. Мене непокоїть можливі невдачі.

44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.

45. Мене часто охоплює розпач.

46. Я – людина нервова і легко збудлива.

47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся щось зробити.

48. Я майже завжди відчуваю голод.

49. Мені не вистачає впевненості у собі.

50. Я легко потію навіть у прохолодні дні.

51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.

52. У мене дуже рідко болить живіт.

53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на будь-якій задачі або роботі.

54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.

55. Я завжди відповідаю на листи відразу після прочитання.

56. Я легко засмучуюся.

57. Практично я ніколи не червонію.

58. У мене набагато менше різних побоювань та страхів, ніж у моїх друзів та знайомих.

59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.

60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Аналіз та інтерпретація результатів:

В 1 бал оцінюються відповіді «так» на пункти 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60 і відповіді «ні» на пункти 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58. Нещирими вважаються відповіді «так» на пункти 2, 10, 55 і «ні» на пункти 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Показники ранжуються таким чином: від 0 до 6 балів – низька тривожність, 6 – 20 балів – середня тривожність, 20 балів і вище – висока тривожність.

5.15. Методика діагностики емоційного інтелекту Холла

Оцініть кожне твердження за такою шкалою:

1 – ніколи, 2 – дуже рідко, 3 – інколи, 4 – часто 5 – дуже часто,6 – завжди

Твердження:

1. Як негативні, так і позитивні емоції для мене є джерелом знання про те, як чинити в житті.

2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити.

3. Коли відчуваю тиск зі сторони, я залишаюсь спокійним.

4. Я здатний спостерігати зміну своїх емоцій.

5. Коли необхідно, я легко можу заспокоїтись і зосередитись, щоб діяти у відповідності до запитів життя.

6. Коли необхідно, я легко можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій.

7. Я легко контролюю свої переживання.

8. Після того, як мене щось засмутить я легко можу керувати своїми емоціями

9. Я здатний вислухати проблеми інших людей.

10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.

11. Я чутливий до переживань інших.

12. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.

13. Я віднаходжу в собі сили знову і знову боротись з труднощами.

14. Я намагаюсь підходити до життєвих проблем творчо.

15. Я адекватно реагую на переживання інших людей.

16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.

17. Я звертаюсь до своїх негативних переживань і розбираюсь, в чому проблема.

18. Я здатний швидко заспокоїтись після неочікуваного засмучення.

19. Знання моїх справжніх емоцій важливе для підтримання «гарної форми».

20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені відкрито.

21. Я легко розпізнаю емоції людей за виразом їх обличчя.

22. Коли необхідно діяти, я можу легко відкинути негативні емоції.

23. Я добре вловлюю знаки в спілкуванні, які вказують на те, чого потребують інші.

24. Люди вважають мене знавцем переживань інших людей.

25. Люди, які усвідомлюють свої переживання, краще керують своїм життям.

26. Я здатен покращити настрій інших людей.

27. Зі мною можна порадитись в питаннях стосунків між людьми.

28. Я легко налаштовуюсь на емоції інших людей.

29. Я допомагаю іншим використовувати їх можливості для досягнення їхніх особистих цілей.

30. Я можу легко відволіктись від неприємних переживань.

Ключ

Емоційна обізнаність – 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Управління емоціями – 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Самомотивація – 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Емпатія – 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Допомога іншим – 12, 15, 24, 26, 27, 29.

Підрахунок результатів. За кожною шкалою вираховується сума балів. Масимально можлива сума – 36 балів. Чим більша сума балів, тим більше виражений цей емоційний прояв.

5.16. Шкала самооцінки

Опитувальник містить 32 твердження. Пропонується виразити своє ставлення до них за допомогою п'яти варіантів відповіді: дуже часто, часто, іноді, рідко, ніколи. Кожен варіант оцінюється певною кількістю балів: дуже часто – 4 бали, часто – 3 бали, іноді – 2 бали, рідко – 1 бал, ніколи – 0 балів.

Таблиця 5.5

Бланк

№	Твердження	Дуже часто	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1.	Мені хочеться, щоб мої друзі підтримували мене					

Продовження таблиці 5.5

1	2	3	4	5	6	7
2.	На роботі постійно відчуваю свою відповідальність за її результати					
3.	Я турбуюся про своє майбутнє.					
4.	Багато людей мене ненавидять					
5.	Я менш ініціативний, ніж інші.					
6.	Я турбуюся за свій психічний стан.					
7.	Я боюся виглядати дурнем.					
8.	Зовнішній вигляд інших набагато кращий, ніж мій					
9.	Я боюся виступати з промовою перед незнайомими людьми					
10.	Я часто припускаюся помилок.					
11.	Шкода, що я не вмію говорити так, як слід розмовляти з людьми.					
12.	Шкода, що мені не вистачає упевненості в собі					
13.	Мені б хотілося, щоб мої дії схвалювалися іншими					
14.	Я дуже скромний.					
15.	Моє життя даремне.					
16.	Багато людей неправильної думки про мене					
17.	Мені немає з ким поділитися своїми думками					
18.	Люди чекають від мене більшого					
19.	Люди не дуже цікавляться моїми досягненнями					

Закінчення таблиці 5.5

1	2	3	4	5	6	7
20.	Я легко втрачаю самовладання.					
21.	Я відчуваю, що багато людей не розуміють мене					
22.	Я не відчуваю себе в безпеці.					
23.	Я часто хвилююся, і даремно.					
24.	Я відчуваю себе ніяково, коли входжу до кімнати, де вже сидять люди					
25.	Я відчуваю себе скутим					
26.	Я відчуваю, що люди говорять про мене за моєю спиною					
27.	Я упевнений, що люди майже все сприймають легше, ніж я					
28.	Мені здається, що зі мною повинна трапитися якась неприємність					
29.	Мене хвилює думка про те, як люди ставляться до мене					
30.	Шкода, що я не такий товариський.					
31.	У спорах я висловлююся тільки тоді, коли впевнений у своїй правоті					
32.	Я думаю про те, чого чекає від мене соціум.					

Інтерпретація результатів. Для того, щоб визначити рівень самооцінки, необхідно знайти загальну суму балів.

Сума балів від 0 до 43 свідчить про високий рівень самооцінки, при якому людина, як правило, не обтяжена «комплексом неповноцінності», правильно реагує на зауваження інших і рідко виявляє сумніви в своїх діях.

Сума балів від 43 до 86 свідчить про середній рівень самооцінки, при якому людина рідко страждає від «комплексу неповноцінності» і лише час від часу прагне підлаштуватися під думку інших.

Сума балів від 86 до 128 свідчить про низьку самооцінку, за якої людина хворобливо переносить критичні зауваження на свою адресу, завжди намагається зважати на думки інших і страждає від «комплексу неповноцінності».

5.17. Методика вимірювання обсягу короткочасної пам'яті

Короткочасна пам'ять (КП) – вид пам'яті, що характеризується дуже коротким збереженням матеріалу після однократного нетривалого сприйняття і тільки негайним відтворенням. Обсяг короткочасної пам'яті виміряється числом символів, що можуть бути відтворені негайно після їх однократного пред'явлення. Обсяг КП відносно байдужний до кількості інформації й обмежений числом 7±2. Тісно зв'язана з перцепцією, будучи як би її інерцією, КП є основою більш складних функціональних утворень. У той же час у самої КП можуть вироблятися досить складні перетворення вхідної інформації, здійснювані в згорнутому виді.

Порівняння обсягу короткочасної пам'яті, отриманого при використанні різних методів дослідження.

Протокол заняття №

Досліджуваний……..……..

Дата……

Експериментатор……

Час експерименту……..

Таблиця 5.6

Бланк

Довжина ряду	**Результати відтворення**			
	1	**2**	**3**	**4**
4 5 6 **…** 10				

Словесний звіт досліджуваного

Спостереження експериментатора

Дослід 1

Визначення обсягу короткочасної пам'яті по методу Джекобса

Методика. Дослід проводиться на цифровому матеріалі. Випробуваному пред'являються послідовно сім рядів цифр, що містять від 4 до 10 елементів. Ряди складені по таблиці випадкових чисел. Експериментатор один раз читає по черзі кожен ряд, починаючи із найкоротшого. Після прочитання кожного ряду, через 2–3 с, випробуваний письмово відтворює в протоколі елементи ряду в тім же порядку, як їх читав експериментатор. Дослід повторюється чотири рази (на інших цифрових рядах).

Після цього випробуваний дає словесний звіт про те, якими прийомами він користався для запам'ятовування ряду. Експериментатор фіксує звіт, а також свої спостереження за повінкою випробуваного в ході досліду.

Обробка результатів

1. Звірити результати кожного досліду з пред'явленим матеріалом. Знаком «+» відзначаються правильно відтворені ряди. Ряди, не відтворені цілком, відтворені з помилками в чи інший послідовності, відзначаються знаком «-».

2. Скласти зведену таблицю результатів і обчислити відсоток правильно відтворених рядів кожної довжини.

Таблиця 5.7

Зведена таблиця результатів

№ з/п	Результати відтворення						
	4	5	6	7	8	9	10
1 2 3 4							
% правильно відтворених рядів							

3. Побудувати графік залежності продуктивності запам'ятовування від кількості матеріалу (по відсотку правильно відтворених рядів за всі досліди).

4. Обчислити обсяг пам'яті за формулою:

$$V = A + \frac{m}{n} + \frac{K}{2} \quad (1)$$

де A – найбільша довжина ряду, відтвореного правильно у всіх дослідах; n – число дослідів (у даному завданні т = 4); m – кількість правильно відтворених рядів, більших A: K – інтервал між рядами (у даному завданні $K=1$).

5. Скласти зведену таблицю результатів дослідів для групи випробуваних (10 чоловік) і обчислити середні показники. Нанести середній графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду на індивідуальний графік даного випробуваного.

Аналіз результатів і висновки. На підставі отриманих кількісних даних і словесного звіту випробуваних проаналізувати хід процесу запам'ятовування в даного випробуваного. Зіставити індивідуальні дані із середніми по групі (обсяг короткочасної пам'яті і графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду).

Дослід 2
Визначення індексу короткочасної пам'яті

Мета експерименту. Визначення інтегральної характеристики короткочасної пам'яті за допомогою методу, що дозволяє диференційовано вимірювати обсяг короткочасної й оперативної пам'яті і встановлювати їх співвідношення і взаємозв'язок.

Методика. Метод, розроблений Л. Мучником і В. Смирновим (1968), являє собою подвійний тест.

У першій частині досліду визначається обсяг короткочасної пам'яті на числа за класичною методикою (див. дослід 1). В другій частині досліду визначається обсяг оперативної пам'яті. Випробуваному пред'являють випадкові однозначні числа, які він повинен попарно додавати в голові і запам'ятовувати тільки результати додавання.

Числа підбираються таким чином, щоб сума у всіх випадках не перевищувала 9. Коли експериментатор закінчує читати ряд, випробуваний повинен у тій же послідовності усно відтворити результати додавання пред'явлених чисел. Відповіді записуються експериментатором до протоколу. Довжина ряду пар чисел варіюється від двох до восьми. Ряди пред'являються в порядку зростання. Для одержання більш надійних результатів дослід повторюють чотири рази на різних числових рядах.

Обробка результатів

1. Визначити обсяг короткочасної пам'яті за формулою (1).
2. Визначити обсяг оперативної пам'яті за формулою (1).
3. Визначити індекс короткочасної пам'яті випробуваного за формулою:

$$ІКП = (ОП + КП) \bullet \frac{ОП}{КП} \qquad (2)$$

де *ОП* – обсяг оперативної пам'яті, *КП* – обсяг короткочасної пам'яті.

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «ВИМІРЮВАННЯ ОБСЯГУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ»

Дослід 1

№ 1

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**	**81**	
69	**15**	**93**	**72**	**38**	**45**	**96**	**26**	**58**	**83**

№ 2

22	**17**	**58**	**94**						
98	**56**	**71**	**95**	**87**					
35	**72**	**78**	**19**	**32**	**74**				
61	**15**	**83**	**34**	**78**	**41**	**29**			
27	**48**	**11**	**58**	**14**	**86**	**72**	**85**		
74	**23**	**16**	**81**	**29**	**43**	**25**	**67**	**18**	
96	**51**	**39**	**27**	**83**	**54**	**69**	**62**	**85**	**38**

№ 3

24	31	58	39						
89	66	27	49	58					
53	37	56	11	23	47				
16	51	33	43	57	14	92			
72	64	11	65	41	68	27	48		
47	32	61	38	92	34	72	76	81	
49	25	93	77	38	45	86	26	58	83

№ 4

23	16	97	53						
96	25	54	72	55					
95	57	25	18	73	99				
92	70	16	41	28	60	67			
64	83	84	24	83	51	75	38		
72	90	22	23	72	38	20	73	81	
94	57	44	29	51	70	15	65	76	87

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «ВИМІРЮВАННЯ ОБСЯГУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ»

Дослід 2

I	1	8	2	7	3	6	4	5	9	0
II	2	3	1	4	1	6	3	5	1	7
III	3	6	3	4	3	5	8	1	7	1
IV	4	1	2	4	3	6	8	1	7	1

Дослід 3

14	16	13	15	17								
18	13	17	14		15							
19	13	18	14	17	15							
19	14	20	13		18	17	16					
16	19	14	20	15	18	21	16	21				
21	14	20		19	15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16		20	14	13	17	24		
23	18	14	15	19	21	13		22	16	24	17	
25	16	13	21	18	24	19	22	15		20	18	23

17	**16**	**13**	**15**	**14**								
	13	**17**	**15**	**16**	**14**							
19		**18**	**14**	**17**	**15**	**13**						
19	**14**		**13**	**15**	**18**	**17**	**20**					
16	**19**	**14**		**15**	**18**	**21**	**16**	**21**				
21	**14**	**20**	**13**		**15**	**18**	**16**	**17**	**22**			
18	**23**	**19**	**22**	**16**		**20**	**14**	**13**	**17**	**21**		
20	**18**	**14**	**15**	**17**	**21**		**23**	**22**	**16**	**24**	**19**	
18	**16**	**13**	**21**	**18**	**24**	**19**		**15**	**17**	**20**	**25**	**22**

13	**16**	**14**	**15**	**17**								
17	**13**		**14**	**16**	**15**							
16	**13**	**18**		**17**	**14**	**19**						
16	**14**	**20**	**13**		**18**	**17**	**19**					
16	**19**	**14**	**20**	**15**		**21**	**16**	**21**				
21	**14**	**20**	**13**	**19**	**15**		**16**	**17**	**22**			
18	**23**	**19**	**22**	**16**	**21**	**20**		**13**	**17**	**24**		
20	**18**	**14**	**15**	**19**	**21**	**13**	**23**		**16**	**24**	**17**	
25	**17**	**13**	**21**	**18**	**24**	**19**	**22**	**15**		**20**	**18**	**23**

14	**16**	**13**	**15**									
18	**13**		**14**	**16**	**15**							
19	**13**	**18**	**14**	**17**		**16**						
19	**14**	**20**		**15**	**18**	**17**	**16**					
16	**19**	**14**	**20**	**15**		**21**	**16**	**21**				
21	**14**	**20**	**13**		**15**	**18**	**16**	**17**	**22**			
18	**23**	**19**	**22**	**16**	**21**		**14**	**13**	**17**	**24**		
23	**18**	**14**	**15**	**19**	**21**		**20**	**22**	**16**	**24**	**17**	
25	**16**	**13**	**21**	**18**	**24**	**19**	**22**	**15**	**17**		**18**	**23**

5.18. Методика дослідження динаміки процесу заучування

Запам'ятовування – процес пам'яті, у результаті якого відбувається закріплення нового шляхом пов'язування його з уже набутим раніше. Запам'ятовування є закономірний продукт дії суб'єкта з об'єктом. Характеристики запам'ятовування того чи іншого матеріалу

визначаються мотивами, цілями і способами діяльності особистості. Залежність запам'ятовування від діяльності, у підсумку якої воно досягається, характеризує один з аспектів проблеми активності запам'ятовування. Інший аспект тієї ж проблеми – розуміння самого процесу запам'ятовування як особливого роду мнемічної діяльності. Важливу частину змісту мнемічної діяльності складають мислительні процеси, здійснювані з метою запам'ятовування.

Істотну роль у запам'ятовуванні відіграє повторення матеріалу. Однак повторення не є способом, що незмінно веде до досягнення мнемічного ефекту. У процесі запам'ятовування центральне місце належить організації дій суб'єкта з матеріалом. Саме дії групування, співвіднесення, складання планів приведуть до добору і формування визначених зв'язків; повторення лише умова реалізації цих дій. Функцію ж закріплення зв'язків здійснює не повторення, а акт правильного відтворення об'єкта, відповідність відтвореного образу об'єкта запам'ятовування.

Для дослідження процесу запам'ятовування використовують класичні методи: метод утриманих членів ряду, метод заучування, метод вдалих відповідей і метод антиципації.

При методі заучування випробуваному пропонують завчити ряд елементів (складів, слів, чисел, фігур і т.п.) до критерію їх безпомилкового одне- чи дворазового відтворення в будь-якому порядку. З цією метою ряд стимулів пред'являють кілька разів. Після кожного пред'явлення ряду випробуваний намагається його відтворити. Кількість повторень, що буде потрібно для першого безпомилкового відтворення всіх елементів ряду в будь-якому порядку, служить показником запам'ятовування. Фіксація кількості елементів, правильно відтворених після кожного пред'явлення, дозволяє побудувати графік заучування. Пропонуючи випробуваному повторно відтворити заучений матеріал через різні проміжки часу після заучування, можна побудувати графік забування. Метод заучування, таким чином, дозволяє прослідкувати динаміку процесів запам'ятовування і забування матеріалу різного обсягу і змісту. Нарешті, цей метод дозволяє виявити вплив про-

активного і ретроактивного гальмування на процес запам'ятовування значного за обсягом матеріалу. З цією метою фіксуються елементи ряду, правильно відтворені після кожного пред'явлення, і будується графік частоти відтворення кожного стимулу за всі пред'явлення.

Позиційна залежність продуктивності запам'ятовування має вид U-подібної кривої: початок і кінець ряду запам'ятовуються краще, ніж його середина. Це так званий фактор краю.

Використовується метод заучування. Експериментальним матеріалом служать не зв'язані між собою за змістом слова (з чотирьох шести букв). Матеріал пред'являють на слух.

Процедура експерименту. Випробуваному пропонують ряд з 12 слів з вимогою завчити його до безпомилкового відтворення в будь-якому порядку. Після кожного пред'явлення ряду випробуваний відтворює його. Ряд повторюється через 5 с після закінчення відтворення. Утримані елементи фіксуються в протоколі знаком «+»; якщо випробуваний називає слово, якого раніше не було, воно записується в примітці до протоколу. Дослід продовжується до повного заучування всього ряду.

Після закінчення досліду експериментатор фіксує в протоколі словесний звіт випробуваного про мнемічні прийоми, використані ним з метою запам'ятовування ряду.

Таблиця 5.8

Протокол заняття

№ відтворення	Результати відтворення елементів												Примітка
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1 2 3 … n													

Словесний звіт випробуваного:

Спостереження експериментатора:

Обробка й аналіз результатів

1. Підрахувати загальну кількість правильно відтворених слів при кожнім повторенні, позначивши його буквою *V*.

2. Побудувати за цими даними графік заучування. По осі абсцис відкладаються порядкові номери повторень, по осі ординат – значення *V*.

3. Підрахувати частоту відтворення кожного слова за всі повторення за формулою:

$$K_i = \frac{P_i}{n} \qquad (3)$$

де K_i – частота відтворення *i*-го слова; P_i – кількість його правильних відтворень; n – кількість повторень.

4. Побудувати діаграму частот відтворення слів у залежності від їхніх порядкових номерів.

Таблиця 5.9

Стимульний матеріал

1. Геліокоптер	8. Стабілізатор	15. Послаблення
2. Стерновий	9. Радіограма	16. Антрацит
3. Розлучення	10. Нітроемаль	17. Кампучія
4. Саксофон	11. Конструктивність	18. Рептилія
5. Барракуда	12. Бронтозавр	19. Бронепоїзд
6. Вагонетка	13. Профілактика	20. Інтеграція
7. Археологія	14. Манускріпт	

5.19. Методика «Модальність сприйняття»

Інструкція експериментатору:

Мета: визначити, які органи чуття швидше, відгукуються під час контактів людини з навколишнім світом.

Засоби: бланки, ручка (олівець).

Дослідження проводиться в групі. Експериментатор роздає листочки, просить підготувати ручки.

Інструкція експериментованому:

Повідомляється: Зараз Вам будуть зачитані запитання. Вам необхідно при стверджувальній відповіді поставити «+», при заперечній – мінус біля відповідної цифри.

Тест «Бачити, відчувати, чути».

Обробка результатів:

Ключ: А – зорове сприймання (№ 1, 5, 8, 10, 12, 6, 14, 19, 21, 23, 27, 31, 32, 39, 40, 42, 45).

Б – відчувати (отримувати інформацію органами чуття) – № 3, 4, 9, 11, 16, 18, 22, 25, ь28, 29, 30, 35, 38, 41, 44, 47.

В – слухове сприймання (№ 2, 6, 7, 13, 15, 17, 20, 24, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 48).

1 бал – згоден на 1 питання. Сума балів вища 12 по 1-й групі питань дає змогу оцінити рівень модальності сприймання А, Б чи В.

Тест «Бачити, відчувати, чути»

1. Люблю спостерігати за хмарами та зірками.
2. Часто наспівую собі потихеньку.
3. Не визнаю модної одежі, якщо врна не зручна.
4. Полюбляю паритися у ванні (у лазні).
5. Для того, щоб мені сподобався одяг (автомашана), то головне, щоб мене задовільнив колір.
6. Впізнаю по кроках, хто зайшов у кімнату.
7. Мене приваблює, коли наслідують голоси птахів, звірів, людей.
8. Багато часу проводжу біля дзеркала, присвячую зовнішньому вигляду.
9. Люблю приймати масаж.
10. Коли є вільний час, люблю спостерігати за людьми.
11. Погано себе почуваю, коли довго змушений сидіти без руху.
12. Подивившись на окстюм на вітрині, я знаю, буде він мені пасувати чи ні.
13. Коли почую стару мелодію, до мене вертається минуле.
14. Я часто читаю під час їжі.
15. Дуже довго розмовляю по телефону.
16. Чітко відчуваю, коли набираю чи скидаю вагу.
17. Більше полюбляю слухати, як хтось читає розповідь, ніж читати самому.

18. Після невдалого дня мій організм стомлений.
19. Охоче і багато фотографую і малюю.
20. Довго пам’ятаю, що мені сказали друзі чи знайомі.
21. Легко віддаю гроші за квіти, тому що вони прикрашають життя.
22. Увечері люблю прийняти ванну, душ.
23. Намагаюсь записувати свої думки, особисті справи.
24. Часто розмовляю з самим собою.
25. Після тривалої поїздки на машині довго приходжу до тями.
26. Тембр голосу багато говорить мені про людину.
27. Дуже часто оцінюю людей за їх манерою одягатися.
28. Люблю розминатись, розправляти кінцівки, розтягувати м´язи.
29. Надмірно тверда чи м´яка постіль – це для мене мука.
30. Мені нелегко знайти зручне взуття.
31. Дуже люблю ходити у кіно.
32. Пізнаю обличчя, які бачив коли-небуть, навіть через роки.
33. Люблю ходити під дощем, коли краплі стукають по парасольці.
34. Вмію слухати співрозмовника.
35. Люблю танцювати, а у вільний час займатися фізкультурою.
36. Коли поблизу голосно «йде» годинник, то не можу зосередитись чи заснути.
37. В мене не погана фонотека, збираю записи.
38. Коли слухаю музику, то відбиваю такт ногою.
39. Під час відпочинку не люблю роздивлятися пам’ятки архітектури.
40. Не терплю безладдя.
41. Не люблю синтетичні тканини.
42. Вважаю, що комфорт багато залежить від освітлення кімнати.
43. Часто ходжу на концерти.
44. Потиск руки багато говорить мені про дану особистість.
45. Охоче відвідую галереї та виставки.
46. Серйозна дискусія – це захоплива справа.
47. Через дотик можна значно більше, ніж словами.
48. В галасі не можу зосередитись.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдряхімова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу. *Український вісник психоневрології*. 2013. № 21, 2. С. 68–72.
2. Асєєва Ю. О. Модель мультидисциплінароної допомоги особам які переживають наслідки неврологічного захворювання. *Лікарська справа*. 2018. № 7–8. С. 119–129.
3. Богдашина О. Б. Аутизм: визначення і діагностика. Донецьк: Либідь, 1999.
4. Боголюбська А. Залежності та шляхи їх подолання. *Психолог*. 2007. № 41. С. 25–28.
5. Болтівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія, методика. Київ, 2000. 303 с.
6. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учб. літ., 2011. 264 с.
7. Вітенко І. С. Медична психологія: підручник. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
8. Галузяк В. М., Холковська І. Л. Діагностичний інструментарій класного керівника. Вінниця: ТОВ «Нілан ЛТД», 2013. 304 с.
9. Грицюк І. М., Магдисюк Л. І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал.* 2022. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/download/1149/1146
10. Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Особивості психодіагностики рівня схильності до стресу у медичних працівників. *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал. Серія «Психологія».* 2022. № 7(12). С. 575–582.

11. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: навч. посібн. [для студ. внз]. Київ: Главник, 2010. 364 с.
12. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Девіантна поведінка»: навч. посіб. Київ, 2006. 108 с.
13. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: навч. посіб. Київ: Екмо, 2005. 62 с.
14. Зінченко С. М. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 9. С. 63–66.
15. Зінченко С. М., Злагодух В. В. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 8. С. 48–51.
16. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравела, 2010. 248 с.
17. Кондратенко Л., Прищепа О. Технологія попередження дисграфії. Київ: Главник, 2005. 96 с.
18. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч. посіб. Київ: Знання, 2010. 298 с.
19. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
20. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: навч. посіб. Київ: Здоров'я, 1993. 344 с.
21. Магдисюк Л. І. Особливості шлюбно-сімейних стосунків у залежності від подружнього стажу: діагностика та консультування: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 188 с.
22. Магдисюк Л. І., Павлова Б. В., Гнатойко І. В. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2020. С. 144–149.
23. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
24. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с.

25. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
26. Максимова Н. Ю. Основи дитячої патопсихології. Київ: Главник, 2008.
27. Максимова Н. Ю. Патопсихологія підліткового віку. Київ: Главник, 2008. 192 с.
28. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: [навч. посіб.]. Київ: Либідь, 2011.
29. Мальцев О. В. Адаптація української версії Опитувальника суб'єктивних уявлень про безпеку та його психометричний аналіз. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2015. № 2(37). С. 128–139.
30. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Київ: Центр учб. літ., 2008. 208 с.
31. Медична психологія (підручник) / під заг. ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенка. Дніпропетровськ, 2008.
32. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики. Луцьк: Іванюк В. П., 2013. 68 с.
33. Мельник А. П. Особливості прояву дромоманії у підлітків з неблагополучних сімей. *Конференція за результатами Українсько-Канадського проекту «Молодь за здоров'я»*. Київ, 2005.
34. Михайлов Б. В., Табачніков С. І., Марута Н. О. та ін. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. *Український медичний альманах*. 2004. Т. 7, № 4. С. 99–102.
35. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: [керівництво для лікарів]. Львів: Вид-во «Медицина світу», 2004.
36. Мушкевич М. І. Особливості діагностичної роботи з дітьми з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія.* Т. 14. 2009. Вип. 5. С. 64–70.
37. Мушкевич М. І. Особливості пізнавальної сфери дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. *Психологічні перспективи*. 2010. Вип. 15. С. 140–150.
38. Мушкевич М. І. Особливості психічного розвитку аутичної дитини. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць ВДУ імені Лесі Українки*. Луцьк, 2007. С. 208–214.

39. Мушкевич М. І. Психолого-педагогічні особливості соціалізації аутичної дитини. *Проблеми загальної та педагогічної психології:* зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. Т. X, ч. 1. Київ, 2008. С. 306–315.
40. Мушкевич М. І. Психопрофілактична робота при уродженій і набутій патології. *Актуальні питання супроводу дітей з особливими потребами: медичні, психологічні, педагогічні аспекти:* матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. з циклу «Сучасні підходи інтеграції та соціалізації дітей з особливими потребами». Луцьк, 2006. С. 11–15.
41. Никоненко І. О. Теоретичний огляд ресурсного підходу в контексті вивчення копінг-поведінки особистості. *Український психолого-педагогічний науковий збірник.* 2015. № 5(5). С. 88–91.
42. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: навч.-метод. посіб. / за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. Київ: Інтермед, 2005. 416 с.
43. Османова А. М., Хорунженко Г. В. Патопсихологія: навч.-метод. посіб. Київ: Талком, 2022. 188 с.
44. Психіатрія (клініко-діагносстичний алгоритм): посіб. для лікарів-інтернів / за ред. Л. М. Юр'євої. Дніпропетровськ, 2001.
45. Роюк С. Є. Особливості мислення дітей дошкільного віку із вадами слуху. *Психологічні перспективи*. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. Вип. 15. С. 174–182.
46. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
47. Турубарова А. В. Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я дитини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія.* 2013. № 46(1). С. 204–211.
48. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 155 с.
49. Absalyamova L. Psychological research the problems of women food behavior. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading*

Scientific Schools. 2016. № 17(5). P. 131–136. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/100

50. Fessler D. M. T., Pillsworth E. G., & Flamson T. J. Angry men and disgusted women: An evolutionary approach to the influence of emotions on risk taking. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2004. № 95. P. 107–123.
51. Nelson D. L., & Simmons B. L. Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. *J. C. Quick & L. E. Tetrick (eds.). Handbook of occupational health psychology*. 2011. P. 55–74. American Psychological Association.
52. Norman P. and Fitter M. Intention to attend a health screening appointment: Someimplications for general practice. *Counselling Psychology Quarterly*. 1989. № 2. P. 261–72.
53. Oaksford M., Morris F., Grainger B., & Williams J. M. G. Mood, reasoning, and central executive processes. *Journal of Experimental Psychology-Learning Memory & Cognition*. 1996. № 22. P. 476–492.
54. Ogden J. Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*. 2003. № 22(4). P. 424–428.
55. Pham M. T. The logic of feeling. *Journal of Consumer Psychology*. 2004. № 14. P. 360–369.
56. Pham M. T., Cohen J. B., Pracejus J. W., & Hughes G. D. Affect monitoring and the primacy of feelings in judgment. *Journal of Consumer Research*. 2001. № 28. P. 167–188.
57. Rakhimkulova A. Adolescent risky behavior and mental health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. № 17(5). P. 99–113. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/97
58. Rogers R. W. Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*. 1985. № 56. P. 179.
59. Rosenbaum M. The three functions of self-control behaviour: Redressive, reformative and experiential. *Work and Stress*. 1993. № 7. P. 33–46.

60. Rosenbaum M., & Jaffe Y. Learned helplessness: The role of individual differences in learned resourcefulness. *British Journal of Social Psychology.* 1983. № 22(3). P. 215–225.
61. Runyon M. K., & Kenny M. C. Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment.* 2002. № 7. P. 254–264.
62. Steadman H. J., Monahan J., Robbins P. C. [et al.]. From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. *S. Hodgins (ed.). Mental disorder and crime.* New York: Sage, 1993.
63. Sydorenko A., & Lebid I. Peculiarities of emotional state in adults with congenital heart disease. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools.* 2017. № 21(3). P. 114–116. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/188
64. Whitacre C. C., Cummings S. O., & Griffin A. C. The effects of stress on autoimmune disease. *R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (eds.). Handbook of human stress and immunity.* San Diego: Academic Press, 1994.
65. Zlatova L. Adaptation potential of the personality as an aspect of human health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools.* 2019. № 34(4). P. 92–95. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/663

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної психології та психодіагностики

СИЛАБУС
нормативного освітнього компонента

Патопсихологія

підготовки Бакалаврів **спеціальності** 053 Психологія
освітньо-професійної програми Практична психологія

Силабус освітнього компонента
для денної та заочної форм навчання

Луцьк – 2025

Силабус освітнього компонента «Патопсихологія»**,** для студентів освітньої програми бакалавр, галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки, спеціальності 053 Психологія. Освітня програма: практична психологія.

Розробники: Мельник Антоній Петрович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики.

Погоджено

Гарант освітньо-професійної програми **Грицюк І. М.**

Силабус освітнього компонента затверджено на засіданні кафедри практичної психології та психодіагностики (протокол № 1 від 28 серпня 2024 року).

Завідувач кафедри: Магдисюк Л. І.

© Мельник А. П., 2025 р.

І. Опис освітнього компонента

Таблиця 1

<table>
<tr><th>Найменування показників</th><th>Галузь знань, спеціальність, освітня програма, освітній ступінь</th><th>Характеристика освітнього компонента</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Денна форма навчання</td><td rowspan="10">05 Соціальні та поведінкові науки
053 Психологія

Психологія, практична
Бакалавр</td><td>Нормативна</td></tr>
<tr><td>Рік навчання 3</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Кількість годин/кредитів
120 / 4</td><td>Семестр 5-ий</td></tr>
<tr><td>Лекції 24 год.</td></tr>
<tr><td>Практичні 20 год.</td></tr>
<tr><td>Лабораторні 20 год.</td></tr>
<tr><td>Самостійна робота 48 год.</td></tr>
<tr><td>Консультації 8 год.</td></tr>
<tr><td>Форма контролю: екзамен</td></tr>
<tr><td>Мова навчання
українська</td><td></td><td></td></tr>
</table>

ІІ. Інформація про викладача

ПІП: Мельник Антоній Петрович

Науковий ступінь кандидат психологічних наук

Вчене звання доцент

Посада: доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

Контактна інформація: мобільний телефон +380972141624;

електронна адреса antonij_m@ukr.net

Дні занять згідно з розкладом.

Консультації з освітнього компонента проводяться протягом семестру. В разі додаткової потреби здобувача в консультації час погоджується з викладачем.

ІІІ. Опис освітнього компонента

1. Анотація курсу

Курс спрямовано на вивчення та набуття майбутніми психологами знань щодо ролі психічних факторів у виникненні, протікання, ліку-

вання та попередженні психічних захворювань. Також на набуття майбутніми психологами знань щодо основних видів та закономірностей порушення психічної діяльності при різних типах психічних і соматичних захворювань, а також формування умінь аналізу симптомів і синдромів розладів психічної діяльності.

2. Пререквізити

Вивчення дисципліни базується на дисциплінах загального циклу підготовки: Біологія та Анатомія людини; Загальна психологія; Психологія пізнавальних процесів; Психофізіологія.

3. Мета і завдання навчальної освітнього компонента

Метою викладання освітнього компонента «Патопсихологія» є засвоєння системи психологічних знань про структуру порушень психічної діяльності особистості та закономірності її розпаду в співставленні з нормою.

Основними завданнями освітнього компонента «Патопсихологія» є:

- ознайомлення студентів – психологів з порушеннями пізнавальної діяльності, патопсихологією особистості;
- систематизація основних теоретичних понять та категорій дисципліни;
- розвиток у студентах вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку;
- вивчення питання про співвідношення розвитку і розпаду психіки;
- навчання діагностичних підходів у патопсихології і психіатрії;
- засвоєння даних про стан особистості з психічними відхиленнями, її пізнавальної діяльності, емоційно – вольової сфери, особистості в цілому.

Компетентності

Інтегральна компетентність (ІНТ):

Здатність розв’язувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у сфері психології, що передбачають застосування основних психологічних теорій та методів та характеризуються комплексністю і невизначеністю умов.

Загальні компетентності:

ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК3. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.

ЗК4. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК5. Здатність бути критичним і самокритичним.

ЗК6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

Спеціальні (фахові, предметні) компетентності

СК1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.

СК2. Здатність до ретроспективного аналізу вітчизняного та зарубіжного досвіду розуміння природи виникнення, функціонування та розвитку психічних явищ.

СК3. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків (зокрема в контексті організації заходів раннього втручання).

СК4. Здатність самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел.

СК5. Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.

СК6. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження.

СК7. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.

Програмні результати навчання

ПР1. Аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх розв’язання.

ПР2. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань.

ПР3. Здійснювати пошук інформації з різних джерел, у т.ч. з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, для вирішення професійних завдань.

ПР4. Обґрунтовувати власну позицію, робити самостійні висновки за результатами власних досліджень і аналізу літературних джерел.

ПР5. Обирати та застосовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій (тести, опитувальники, проективні методики тощо) психологічного дослідження та технології психологічної допомоги.

Структура освітнього компонента

Таблиця 2

Назви змістових модулів і тем	**Кількість годин**						
	Усього	**у тому числі**					
		Лек.	**Практ. (Семін.)**	**Лабор.**	**Самост. роб.**	**Консультації**	**Контр. роб.**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Змістовий модуль 1. Методологічні основи патопсихології. Розлади психічних процесів							
Тема 1. Вступ у патопсихологію. Загальні положення патопсихології, як науки.	15	4	2	2	6	1	КР
Тема 2. Історія розвитку поглядів на патопсихологію та її лікування. Історія розвитку патопсихології. Загальне уявлення про найбільш поширені психічні захворювання.	15	4	2	2	6	1	КР
Тема 3. Порушення пам’яті. Розлади інтелекту	15	2	4	2	6	1	КР
Тема 4. Порушення відчуття, сприймання, уваги, мислення та мовлення.	15	2	2	4	6	1	КР
Разом за змістовим модулем 1	**60**	**12**	**10**	**10**	**24**	**4**	**КР**

Закінчення таблиці 2

1	2	3	4	5	6	7	8
Змістовий модуль 2. Види розладів психіки. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку							
Тема 5. Порушення емоційної сфери. Вольові порушення.	15	4	2	2	6	1	КР
Тема 6. Розлади свідомості та розлади особистості.	15	2	2	4	6	1	КР
Тема 7. Патологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.	15	2	4	2	6	1	КР
Тема 8. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей. Сучасні методи психологічної корекції та консультування.	15	4	2	2	6	1	КР
Разом за змістовим модулем 2	**60**	**12**	**10**	**10**	**24**	**4**	**КР**
Усього годин	**120**	**24**	**20**	**20**	**48**	**8**	**КР**

Форма контролю*: ДС – дискусія, ДБ – дебати, Т – тести, ТР – тренінг, РЗ/К – розв'язування задач/кейсів, ІНДЗ/ІРС – індивідуальне завдання/індивідуальна робота студента, РМГ – робота в малих групах, МКР/КР – модульна контрольна робота/ контрольна робота, Р – реферат, а також аналітична записка, аналітичне есе, аналіз твору тощо.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

№ з/п	Тема
1	**2**
1	Закономірності нормального розвитку і патології: середньостатистична норма, функціональна норма, ідеальна норма.

Закінчення таблиці

1	2
2	Сутність феномену порушення розвитку: онтогенез, дизонтогенез, загальний недорозвиток, затриманий розвиток, пошкоджений розвиток, дефіцитарний розвиток, викревлений розвиток, дисгармонійний розвиток.
3	Експериментальні методики в патопсихологічних дослідженнях.
4	Співвідношення теорії та результатів емпіричних досліджень у патопсихології.
5	Основні принципи психологічного обстеження дітей із порушеннями: пам'яті, інтелекту, уваги, сприймання, мислення та мовлення, емоційної сфери.
6	Вимоги до підбирання методичного інструментарію для обстеження дитини із порушеннями: пам'яті, інтелекту, уваги, сприймання, мислення та мовлення, емоційної сфери.
7	Дослідження порушення уваги.
8	Дослідження рівня мислення і протікання процесів мислення за методиками: «Закономірності числового ряду»; «Абстрактне мислення»; «Прості аналогії», «Складні аналогії»; «Порівняння понять», «Виділення суттєвих ознак»; «Виключення зайвого»; складання картинок із відрізків А. Бернштейна; дослідження рівня процесів узагальнення В. Блейхера.
9	Дослідження емоційно-вольових порушень за методиками: опитувальник САН «Шкала самооцінки» Ч. Д. Спілбергера; «Особистісна шкала проявів тривоги» У. Тейлора.
10	Дослідження невротичних порушень за допомогою опитувальника САН, «Шкали самооцінки» Ч. Д. Спілбергера, «Особистісної шкали проявів тривоги» У. Тейлора, тесту Роршаха.
11	Діагностика мотивації поведінки і діяльності особистості.
12	Тривалі розлади, які розпочинаються у дитинстві: аутизм; розумова відсталість.
13	Прийоми та методи психокорекційної роботи з дітьми, які мають порушення мовлення.
14	Комплексні заходів з метою корекції мовленнєвих порушень на ранніх етапах дизонтогенезу.
15	Розробка плану і змісту бесід із батьками, які виховують дитину з порушеннями: пам'яті, інтелекту, уваги, сприймання, мислення та мовлення, емоційної сфери, з метою первинної психопрофілактики і психологічної корекції.
16	Основні прийоми психологічної підтримки дитини шкільного віку, яка має стійкі порушення мовлення.

IV. Політика оцінювання

Політика викладача щодо студента Вимоги викладача:

- обов'язкове відвідування навчальних занять;
- активність студента під час практичних занять;
- своєчасне виконання завдань самостійної роботи;
- виконання модульних контрольних завдань;
- відпрацювання занять, що були пропущені або не підготовлені (незадовільні оцінки) на консультаціях;

Не допустимо:

- пропуск занять без поважних причин;
- запізнення на заняття;
- користування мобільним телефоном, планшетом чи іншими мобільними пристроями під час заняття (за винятком дозволу викладача при необхідності виконання певних завдань, передбачених навчальною дисципліною);
- порушення дисципліни;
- списування та плагіат.

Поточний контроль здійснюється на кожному практичному і лабораторному занятті за результатами виконання лабораторних робіт та усних відповідей студентів із тем, що вивчаються на практичних і лабораторних заняттях.

Оцінка практичної та лабораторної роботи залежить від якості виконання усіх завдань, оформлення, висновків. За практичний вид діяльності студент може максимально отримати 20 балів (за кожне практичне заняття – 10. Два модулі по 10 балів кожен). За лабораторний вид діяльності студент може максимально отримати 10 балів (за кожне лабораторне заняття – 10 балів). Загалом, за всі якісно виконані завдання (практичних – 24 і лабораторних – 24) можна отримати 30 балів. Бал виводиться на основі середньостатистичного показника за всі заняття. Окремо оцінюється виконанням студентами ІНДЗ та самостійної роботи роботи, максимально 10 балів.

Поточний контроль реалізується у формі опитування, захисту самостійного завдання, виступів на практичних (семінарських) заняттях,

експрес-контролю тощо, перевірки результатів виконання різноманітних індивідуальних науково-дослідних завдань, контролю засвоєння навчального матеріалу, запланованого на самостійне опрацювання студентом. Максимальна кількість балів за поточний контроль становить **40 балів.**

Проміжний модульний контроль. Змістовий модуль 1 та змістовий модуль 2 завершуються контрольними роботами, що передбачають відповіді на поставлені питання. Загальна максимальна кількість балів: за виконання МКР 1 та МКР 2 студент максимально може отримати **60 балів.**

Загальна сума балів визначається як сума балів за поточну навчальну діяльність, проміжний модульний контроль (модульні зрізи) й самостійну роботу. Максимальна кількість балів, які студент може набрати за результатами оцінювання всіх видів навчальної діяльності, дорівнює **100.**

Оцінка з дисципліни виставляється за національною шкалою, за 100-бальною системою та за шкалою ECTS.

Екзамен – це форма підсумкового контролю, що полягає в оцінці засвоєння студентом навчального матеріалу з певної дисципліни на підставі результатів виконання ним усіх видів запланованої навчальної роботи протягом семестру: аудиторної роботи під час лекційних, практичних (семінарських) занять, самостійної роботи, ІНДЗ, модульних контрольних робіт.

Екзамен виставляється за умови, якщо студент виконав усі види навчальної роботи, які визначені робочою програмою навчальної дисципліни, та отримав не менше 60 балів. Якщо підсумкова оцінка (бали) з дисципліни є сумою підсумкових модульних оцінок та становить не менше 60 балів, то, за згодою студента, вона може бути зарахована як підсумкова оцінка з навчальної дисципліни.

Складання екзамену можливе у випадках:

- екзамен, як обов’язкова форма підсумкового контролю передбачена робочою програмою освітнього компонента;
- за бажанням студента підвищити рейтинг.

При цьому бали, набрані студентом за результатами модульних контрольних робіт анулюються.

За об'єктивних причин (наприклад, хвороба, працевлаштування, міжнародне стажування) навчання може відбуватись в он-лайн формі за погодженням із керівником курсу.

Політика щодо академічної доброчесності

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає:

- Самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання;
- Посилання на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей;
- Дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; дотримання принципів та положень Етичного кодексу психолога (http://nsj.gov.ua/files/1448287570%D0%95%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B D%D0%B8%D0%B9%20%D0%BA%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D1%81%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B0.-docx.pdf);
- Надання достовірної інформації про результати власної (наукової, творчої) діяльності, використані методики досліджень і джерела інформації.

За порушення академічної доброчесності (плагіат, фальсифікація, списування, обман тощо) здобувачі освіти можуть бути притягнені до академічної відповідальності: повторне проходження оцінювання (контрольна робота, іспит, залік тощо); повторне проходження відповідного освітнього компонента освітньої програми; відрахування з Університету.

Усі письмові роботи перевіряються на наявність плагіату і допускаються до захисту із коректними текстовими запозиченнями не більше 25 %. Списування під час контрольних робіт та екзаменів заборонені (в т.ч. із використанням мобільних пристроїв). Мобільні при-

строї дозволяється використовувати лише під час онлайн-тестування (наприклад, програма Kahoot).

Політика щодо дедлайнів та перескладання

Роботи, які здаються із порушенням термінів без поважних причин, оцінюються на нижчу оцінку (75 % від можливої максимальної кількості балів за вид діяльності балів). Перескладання модулів відбувається за наявності поважних причин (наприклад, лікарняний).

V. Підсумковий контроль

На іспит виносяться основні питання, що потребують творчої відповіді та уміння синтезувати отриманні знання і застосовувати їх під час розв'язання практичних задач.

Форма проведення іспиту – усний екзамен.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ЕКЗАМЕНУ з курсу Патопсихологія

1. Предмет і завдання патопсихології.
2. Назвіть принципи патопсихологічних досліджень.
3. Значення патопсихологічних досліджень.
4. Розкрийте суть психічної патології.
5. Поясніть зв'язок патопсихології з іншими науками.
6. Опишіть коротко історію розвитку поглядів на патологію та її лікування.
7. Екзорцизм.
8. Опишіть історію розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні.
9. Причини виникнення психічних розладів.
10. Коротко опишіть найбільш поширені психічні захворювання.
11. Поясніть поняття «норма» і «патологія».
12. Охарактеризуйте розлади пам'яті.
13. Корсаківський амнестичний синдром.
14. Охарактеризуйте розлади інтелекту.
15. Клінічні варіанти олігофренії.
16. Охарактеризуйте розлади відчуттів.

17. Охарактеризуйте розлади сприймання.
18. Загальна характеристика галюцинацій.
19. Порушення сприймання часу.
20. Охарактеризуйте розлади уваги.
21. Охарактеризуйте розлади мислення.
22. Формальні розлади мислення.
23. Маячні ідеї.
24. Охарактеризуйте розлади мовлення.
25. Охарактеризуйте розлади емоційної сфери.
26. Види фобій.
27. Охарактеризуйте розлади волі.
28. Дайте порівняльну характеристику вольових якостей особистості.
29. Назвіть основні розлади потягу.
30. Розлади психомоторики.
31. Дайте загальну характеристику свідомості, ознак порушень свідомості та самосвідомості.
32. Дайте порівняльну характеристику основних розладів свідомості.
33. Охарактеризуйте основні розлади свідомості.
34. Поясніть суть порушення опосередкованості та ієрархії мотивів особистості.
35. Поясніть суть розладу особистості: порушення смислоутворення та підконтрольності поведінки.
36. Розкрийте суть девіантної поведінки та назвіть її основні види.
37. Назвіть основні форми вияву девіантної поведінки.
38. Розкрийте суть делінквентної поведінки.
39. Розкрийте суть адиктивної поведінки.
40. Розкрийте суть девіацій, обумовлених гіперздібностями людини.
41. Принципи побудови патопсихологічного обстеження.
42. Розкрийте особливості патопсихологічного обстеження психічних процесів дітей шкільного віку.
43. Розкрийте мету консультативно–корекційної роботи.
44. Розкрийте суть та специфіку застосування індивідуальної психологічної корекції.

45. Розкрийте суть та специфіку застосування групової психологічної корекції.
46. Розкрийте суть та специфіку застосування психотерапії.
47. Розкрийте суть і специфіку застосування аутогенного тренування.
48. Опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.
49. Поясніть особливості проведення бесіди з дітьми.
50. Назвіть основні методики при дослідженні пам’яті.
51. Поясніть суть розумової відсталості.
52. Поясніть суть психопатії.
53. Охарактеризуйте особливості епілепсії.
54. Охарактеризуйте особливості неврозу.
55. Поясніть суть розладів афектів: патологічний афект, страх, тривога.
56. Афективні синдроми.
57. Наведіть приклад формування патологічно зміненої потреби.

VI. Шкала оцінювання

Оцінка в балах	**Лінгвістична оцінка**	**Оцінка за шкалою ECTS**	
		оцінка	**пояснення**
90–100	Відмінно	A	відмінне виконання
82–89	Дуже добре	B	вище середнього рівня
75–81	Добре	C	загалом хороша робота
67–74	Задовільно	D	непогано
60–66	Достатньо	E	виконання відповідає мінімальним критеріям
1–59	Незадовільно	Fx	Необхідне перескладання

Рекомендована література та інтернет-ресурси

1. Богдашина О. Б. Аутизм: визначення і діагностика. Донецьк: Либідь, 1999.

2. Боголюбська А. Залежності та шляхи їх подолання. *Психолог*. 2007. № 41. С. 25–28.
3. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учб. літ., 2011. 264 с.
4. Вітенко І. С. Медична психологія: підручник. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
5. Грицюк І. М., Магдисюк Л. І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал.* 2022. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/download/1149/1146
6. Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Особивості психодіагностики рівня схильності до стресу у медичних працівників. *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал. Серія «Психологія»*. 2022. № 7(12). С. 575–582.
7. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: навч.посіб. [для студ. внз]. Київ: Главник, 2010. 364 с.
8. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Девіантна поведінка»: навч. посіб. Київ, 2006. 108 с.
9. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: навч. посіб. Київ: Екмо, 2005. 62 с.
10. Зінченко С. М. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 9. С. 63–66.
11. Зінченко С. М., Злагодух В. В. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 8. С. 48–51.
12. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравела, 2010. 248 с.
13. Кондратенко Л., Прищепа О. Технологія попередження дисграфії. Київ: Главник, 2005. 96 с.
14. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч. посіб. Київ: Знання, 2010. 298 с.

15. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
16. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: навч. посіб. Київ: Здоров'я, 1993. 344 с.
17. Магдисюк Л. І. Особливості шлюбно-сімейних стосунків у залежності від подружнього стажу: діагностика та консультування: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 188 с.
18. Магдисюк Л. І., Павлова Б. В., Гнатойко І. В. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2020. С. 144–149.
19. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
20. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с.
21. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
22. Максимова Н. Ю. Основи дитячої патопсихології. Київ: Главник, 2008.
23. Максимоова Н. Ю. Патопсихологія підліткового віку. Київ: Главник, 2008. 192 с.
24. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посіб. Київ: Либідь, 2011.
25. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Київ: Центр учб. літ., 2008. 208 с.
26. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики. Луцьк: Іванюк В.П., 2013. 68 с.
27. Мельник А. П. Особливості прояву дромоманії у підлітків з неблагополучних сімей. *Конференція за результатами Українсько-Канадського проекту «Молодь за здоров'я»*. Київ, 2005.
28. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: [керівництво для лікарів]. Львів: Вид-во «Медицина світу», 2004.
29. Мушкевич М. І. Особливості діагностичної роботи з дітьми з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія.* Т. 14. 2009. Вип. 5. С. 64–70.

30. Мушкевич М. І. Особливості пізнавальної сфери дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. *Психологічні перспективи*. 2010. Вип. 15. С. 140–150.
31. Мушкевич М. І. Особливості психічного розвитку аутичної дитини. *Проблеми сучасної психології:* зб. наук. праць ВДУ імені Лесі Українки. Луцьк, 2007. С. 208–214.
32. Мушкевич М. І. Психолого-педагогічні особливості соціалізації аутичної дитини. *Проблеми загальної та педагогічної психології:* зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. Т. X, ч. 1. Київ, 2008. С. 306–315.
33. Мушкевич М. І. Психопрофілактична робота при уродженій і набутій патології. *Актуальні питання супроводу дітей з особливими потребами: медичні, психологічні, педагогічні аспекти:* матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. з циклу «Сучасні підходи інтеграції та соціалізації дітей з особливими потребами». Луцьк, 2006. С. 11–15.
34. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: навч.-метод. посіб. / за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. Київ: Інтермед, 2005. 416 с.
35. Роюк С. Є. Особливості мислення дітей дошкільного віку із вадами слуху. *Психологічні перспективи.* Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун- т ім. Лесі Українки, 2010. Вип. 15. С. 174–182.
36. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
37. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / за заг. ред. А. І. Капської, І. М. Мінчук, С. В. Товстоухової. Київ, 2000. 260 с.
38. Федоренко Р. П., Коширець В. В., Шкарлатюк К. І. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців із суїцидальною поведінкою, детермінованою сімейною ситуацією. *Наукові перспективи*. № 8(26), 2022. С. 408–421.
39. Хлівна Л. М. Використання психодіагностичних засобів у консультативній роботі з тривожними школярами. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. Київ, 2004, Т.VI, вип. 1. С. 319–332.

40. Хорні К. Невроз та особистісне зростання. Боротьба за особистісне зростання. Київ, 2022.
41. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія: методичні рекомендації до курсу «Патопсихологія». Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 30 с.
42. Mahdysiuk L., Fedorenko R., Melnyk A., Zameliuk M., Patuta B. Analysis of socio-psychological features adaptation children of internally displaced persons and their families, *Youth Voice Journal*, Great Britain: 2022. P. 1–21. ISSN (online): 2056-2969 (Scopus).
43. Mushkevych, M., Mushkevych, V., Fedorenko, R., Duchyminska, T. & Mahdysiuk, L. The Relationship Between the Adaptive Capabilities of the Individual and the Risk of Suicidal Behavior in Modern Youth. *Youth Voice Journal.* 2024. № 14(3). P. 140–149, ISBN (ONLINE): 978-1-911634-82-9.

ДОДАТОК Б
ЛАБОРАТОРНІ РОБОТИ

ВІДЧУТТЯ

Лабораторна робота № 1

Тема: Визначення абсолютного порогу шкірних просторових відчуттів за допомогою естезіометра

Мета завдання. Визначення абсолютного порогу шкіряних просторових відчуттів при допомозі естезіометра методом мінімальних змін.

Необхідне обладнання. Естезіометр.

Цей прилад зовнішньо нагадує штангенциркуль. Складається він з металевого стержня з нанесеними на нього міліметровими поділками. На одному кінці стержня біля нульової поділки закріплена нерухома ніжка. Вздовж стержня рухається друга, рухома, ніжка. Між ніжками естезіометра можна встановити різну відстань (див. рис. 1).

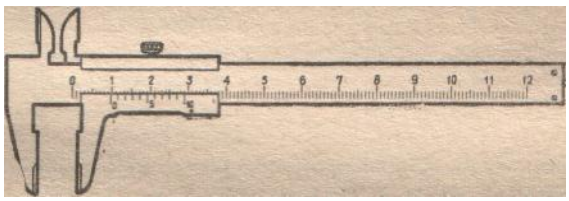


Рис. 1. *Естезіометр*

Хід виконання завдання. Дотиком розсунутих на певну відстань ніжок естезіометра до тильної сторони кисті у досліджуваного викликається відчуття подвійного дотику. Рука досліджуваного повинна мати упор в ліктьовому суглобі, щоб усунути її напруженість. Експериментатор дотикається одночасно обома ніжками естезіометра, не натискаючи на шкіру досліджуваного, який не повинен бачити ніжок приладу. В першій серії експериментатор, поступово збільшує відстань між ніжками естезіометра, дотикається до шкіри досліджуваного. Збільшення робиться мінімальне, від 0 до того моменту, коли досліджуваний відчує вперше два дотики.

У другій серії дослідів відстань між ніжками приладу зменшується, починаючи від наперед великої (наприклад, 40 мм) до тих пір, поки досліджуваний вперше перестане відчувати два дотики.

Обробка даних виконаного завдання. Дані дослідів заносяться в таблицю результатів:

Абсолютну порогову величину шкіряних просторових відчуттів можна визначити за формулою:

$$E = \frac{E_1 + E_2}{2} = \frac{17 + 19}{2} = 18{,}0,$$

де E_1 і E_2 – порогова величина подразника в першій і другій серії дослідів.

Після закінчення дослідів збираються всі окремі результати, одержані для кожного досліджуваного, і виводиться середня арифметична величина абсолютного порогу по даній підгрупі. Результат, одержаний у окремого досліджуваного, порівнюється із середньогруповою величиною. Якщо відхилень нема, то графа «Примітка» залишається незаповненою. Якщо є відхилення від середньогрупової величини, то виясняють у досліджуваного можливу причину відхилення і вписують в «Примітку». Однією із основних причин зниження чутливості є втома, тобто стан особистості, який позначається на всіх її проявах, в тому числі і на роботі окремих органів.

Висновки студенти роблять самостійно на основі порівняння окремого результату з середньою (М) величиною.

Протокол дослідження

Подразник (в мм)	Відповіді досліджуваного		*Примітка*
	↑	↓	
0		1	
2		1	
5		1	
7		1	
9		1	
11		1	
12		1	
13		1	
14		1	
15		1	
16		1	
17		2	
18			
19	1		
20	2		
21	2		

Лабораторна робота № 2

Тема: Визначення абсолютних порогів слухової чутливості (за допомогою аудіометра)

Мета: Визначення порогів чутливості, побудова аудіограми за допомогою однієї з класичних психофізичних методик

Вступні зауваження. Абсолютна чутливість слуху визначається мінімальною силою звуку, здатної викликати чи відчуття яку-небудь відповідну реакцію організму. Діапазон сприйманих людським вухом звуків від найгучнішого до ледь чутного охоплює величини, що відрізняються одна від одної в 10^{14} разів. З метою виміру порогів слуху користаються логарифмічною шкалою відносних величин – шкалою децибел. Згідно цій шкалі, сила звуку, сприймана людським вухом у вигляді голосності, пропорційна логарифму відношення інтенсивності даного звуку до інтенсивності, прийнятої за рівень відліку. В акустиці цей рівень прийнято вважати рівним 10^{-16} вт/см^2. Оскільки людське вухо в неоднаковому ступені чутливе до інтенсивності акустичного подразника при його різних частотних характеристиках, то метою дійсної роботи є визначення абсолютних порогів слухової чутливості для чистих тонів різної частоти.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

(записи веде експериментатор)

Значення абсолютних порогів слухової чутливості по шкалі аудіометра (дБ)

Номер пред-явлення	Пороги	Частота звуку, Гц								
		1000	2000	3000	4000	6000	8000	500	250	125
1 … 10	Поява … Зник-нення									
M: σ : σ_M :										

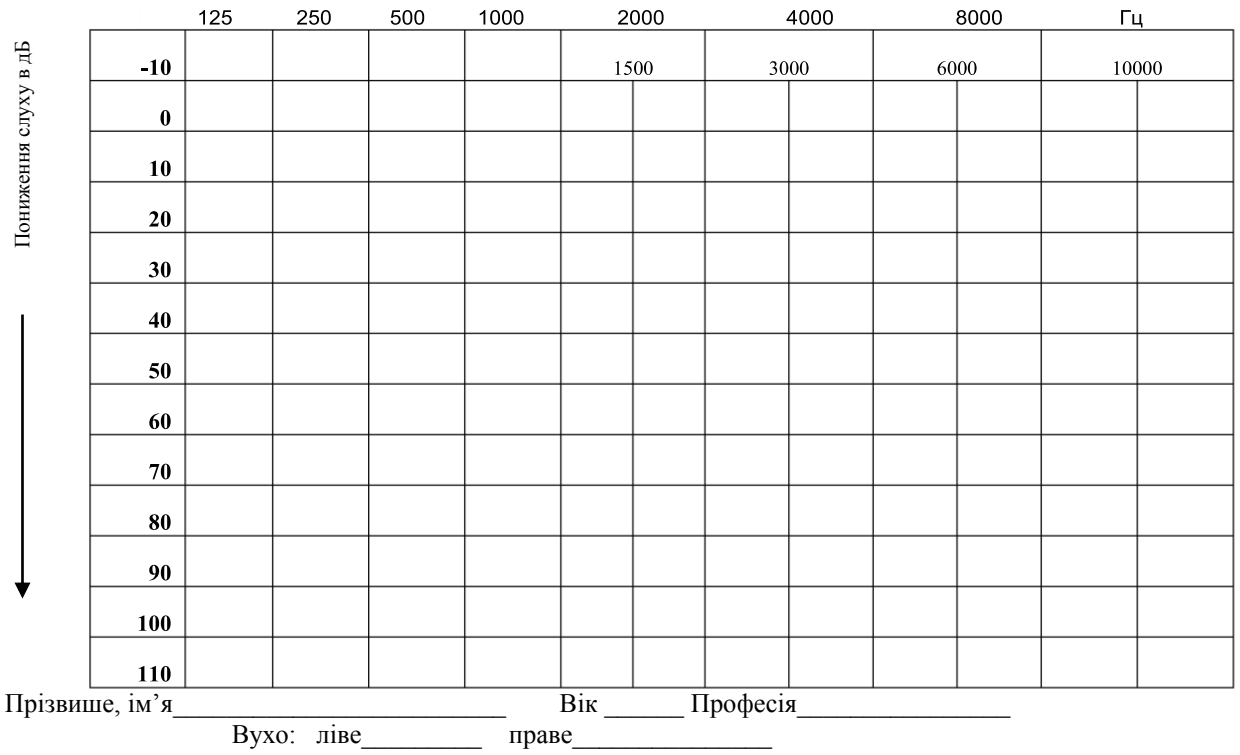


Рис. 1. *Стандартний бланк для побудови аудіограми*
Абсциса – частота застосовуваних в досліді звуків (Гц), ордината – величина чутності звуку (дБ)

Процедура вимірювання відповідає процедурі методу мінімальних змін. Мінімальний рівень інтенсивності звуку, який подається в даному досліді, рівний 10 дБ, максимальна (для різних частот) – від 70 до 100дБ при дискретності зміни інтенсивності $5 \pm 1{,}5$ дБ.

Апаратура і обладнання. Вимірювання порогів відчуття чистих тонів здійснюють за допомогою аудіометра поліклінічного типу AUG-69, який являє собою переносний прилад. До проведення вимірювання необхідно підготувати форму протоколу (форма 3) й бланк аудіограми для нанесення результатів дослідження.

Порядок роботи. Завдання з допомогою одного аудіометра виконують два студенти: один виконує функції експериментатора, другий виступає в ролі досліджуваного. Досліджуваного садять так, щоб він не бачив органів управління приладу. В руку йому дають ручку з кнопкою відповіді. На досліджуваного надягають навушники, які повинні щільно прилягати до його вушних раковин. Для підготовки приладу до вимірювання необхідно: на горизонтальній панелі приладу покласти бланк аудіограми, ручку перемикача роду робіт встановить в поло-

ження «В» (повітряна провідність), а ручку перемикача інтенсивності маскуючого шуму – в положенні «Ні» (шум відключено). І тільки після цього можна вставити вилку шнура живлення в мережеву розетку і ввімкнути прилад. При вмиканні на ньому повинна загорітися індикаторна лампа. До початку вимірювань експериментатор повідомляє досліджуваному інструкцію.

Інструкція досліджуваному: «Візьміть ручку з кнопкою відповіді. Вам будуть пред'являти чисті тони різної висоти. Уважно слухайте, не відволікайтесь! к тільки ви вперше почуєте звук в правому (або в лівому) навушнику, як можна швидше натисніть на кнопку і тримайте її натиснутою. Коли Ви перестанете чути звук, відпустіть кнопку відповіді!»

Приступаючи до вимірювань, експериментатор встановлює вертикальну планку-регулятор частоти на бажану частоту стимула. Потім він пересуває горизонтальну планку-регулятор гучності від позначки 10 дБ вниз, в сторону збільшення інтенсивності, й робить позначку тієї інтенсивності, при якій досліджуваний почує пред'явлений стимул. Після цього експериментатор переміщає планку вверх, тобто зменшує інтенсивність стимула, і позначає ту інтенсивність, при якій досліджуваний перестає чути звук. Цю процедуру повторяють декілька разів, створюючи для частоти всього 10 рядів стимуляції: 5 зростаючих і 5 спадаючих. Рекомендується наступний найбільш поширений порядок чергування частот в процесі вимірювання: 1000, 2000, 3000, 4000, 6000, 8000, 500, 250, 125 Гц. Оскільки діапазон шкали і її дискретність фіксовані, то експериментатор в протокол записує лише величини інтенсивності звуку, які характеризують поріг появи і поріг зникнення відчуття у досліджуваного.

Обробка експериментальних даних складається із послідовності операцій.

1. Скориставшись формулою розрахунку середньої арифметичної величини *(M),* розрахуємо її сумарно для порогу появи й порогу зникнення.

2. Визначимо похибку середньої (σ_M) для кожної частоти.

3. Побудуємо на бланку аудіометричну криву (тобто аудіограму) з'єднавши всі експериментальні точки.

Аналізуючи аудіограму, вкажіть, в якому частотному діапазоні стимулів пороги вашого досліджуваного підвищені або понижені.

Контрольні запитання

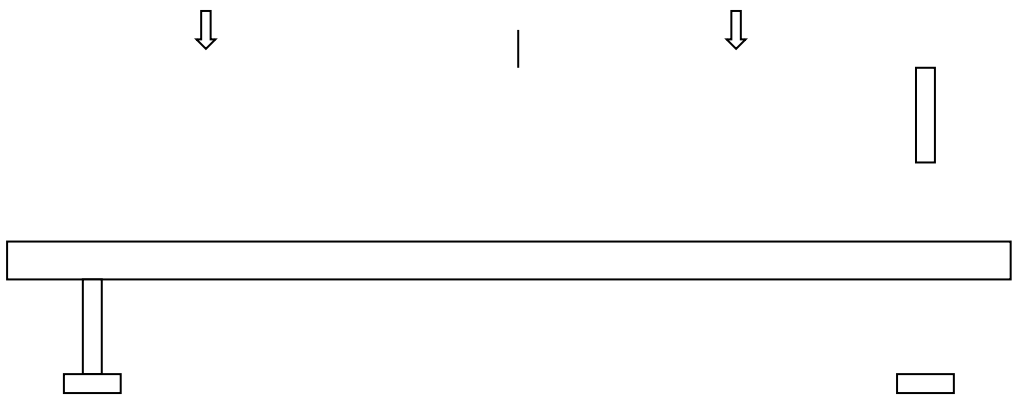
1. В яких одиницях вимірювання проводиться оцінка абсолютних порогів слухової чутливості?
2. Для яких частот слухова чутливість Вашого досліджуваного максимальна?
3. Як Ви вважаєте, які фактори, зовнішні чи організму, впливають на величину абсолютних порогів чутливості слуху?

Лабораторна робота № 3

Тема: Визначення точності окоміра.

Ціль завдання. Визначення точності окоміра за допомогою окомірної лінійки методом середньої похибки.

Необхідне обладнання. Для визначення окоміра використовується звичайна масштабна лінійка довжиною в один метр з поділками. Точкою відліку є нульова поділка, яка знаходиться в центрі. Зворотна сторона лінійки обклеєна білим папером, щоб приховати дефекти лінійки, які могли б служити орієнтиром. На рівному білому полі є єдина лінія, яка ділить лінійку пополам і відповідає нульовій поділці масштабної сторони. Лінійка кріпиться на двох підставках і поміщається на столі. На неї одягають 2 повзунки по обидві сторони від центральної лінії.



Хід виконання завдання. Досліджуваний сідає на відстані 0,5 м від лінійки, повернутої до нього білою стороною. Експериментатор встановлює один із повзунків на певній відстані від нульової поділки (наприклад, 120 мм) і пропонує досліджуваному встановити другий повзунок на такій же відстані від центра.

В одній серії досліджуваний виконує 10 дослідів, кожен раз пересуваючи повзунок від центра, тобто збільшує відстань. В другій серії 10 разів переміщає повзунок до центра, тобто зменшує відстань до тих пір, поки не визнає його рівним заданому. Кожен раз повзунок пересувається від вихідної точки. Експериментатор проводить 2–3 пробних досліди, перевіряючи, як досліджуваний засвоїв інструкцію і чи вірно виконує дослід.

Обробка даних виконаного завдання. Метод середньої помилки полягає в обробці матеріалу, зведеного в таблицю.

№ Досліду	N= 120 *мм* (на зменшення)			№ досліду	N= 120 *мм* (на збільшення)			
	Покази досліджуваного	Окремі помилки *m*	Окремі відхилення *d*		Покази досліджуваного	*m*	*d*	Примітка
1	118	-2	-1,5	1	121	+1	-1,5	
2	122	+2	-1,5	2	123	+3	+0,5	
3	123	+3	-0,5	3	117	-3	+0,5	
4	.	.	.	4	.	.	.	
5	.	.	.	5	.	.	.	
6	.	.	.	6	.	.	.	
7	.	.	.	7	.	.	.	
8	.	.	.	8	.	.	.	
9	.	.	.	9	.	.	.	
10	.	.	.	10	.	.	.	
		35				25		

Дані таблиці дозволяють визначити середню помилку $(M = \frac{\Sigma m_n}{n})$ для кожної серії досліду. При обчисленні середньої помилки враховується лише абсолютна величина окремих помилок, знак окремих помилок не

береться до уваги. В нашому випадку $M_1 = \frac{35}{10} = 3{,}5$ *мм* і $M_2 = \frac{25}{10} = 2{,}5$ *мм.* Тоді середня помилка двох серій $M = \frac{M_1 + M_2}{2} = \frac{3{,}5 + 2{,}5}{2} = 3{,}0$ *мм.* Показником окоміра буде відношення $\frac{M}{N}$, где N – задана експериментатором відстань. В розглядуваному прикладі $\frac{M}{N} = \frac{3}{120} = \frac{1}{40}$. Цей показник середньої помилки $\frac{M}{N} = \frac{1}{40}$ встановлений Вебером. Студенти повинні виразити своє відношення до отриманих результатів: окомір у досліджуваного в межах норми, вище або нижче її. Якщо окомір досліджуваного набагато відхиляється від норми, то необхідно поговорити з ним і виявнити, чи заважає йому в практичному житті низький окомір (при 1/26); якими видами діяльності, окрім навчальної, він займається, що могло сприяти розвитку окоміра (при 1/60). Таким чином, одержаний результат співвідноситься з життєвими показниками і між ними встановлюється кореляція.

Студенти повинні перевірити надійність результатів. Для цього обчислюється окреме відхилення від середньої помилки ($d_n = M - m_n$) і середнє відхилення від неї за формулою:

$$M_v = \frac{\Sigma d_n}{n}.$$

СПРИЙМАННЯ

Лабораторна робота № 1

Тема: геометричні ілюзії зорового сприймання (ілюзія Мюллера-Лайера)

Вступні зауваження. Геометричні ілюзії – найбільш часто виучувані ілюзії зорового сприймання. Більшість відомих геометричних ілюзій можна розглядати або як спотворення в сприйманні величини (довжини або розміру), або як спотворення в сприйманні напряму ліній. Найкращим прикладом ілюзії довжини відрізка є ілюзія Мюллера-Лайера: дві лінії рівної дожини, одна з яких закінчується збігаючимися, а друга – розбіжними клинами, сприймаються людиною як різні по довжині. При цьому ефект ілюзії настільки стійкий, що вона виникає и в тому випадку, якщо людина знає про причини її виникнення.

Обладнання і матеріали. Для проведення необхідно виготовити просту експериментальну установку. На вертикальному непрозорому екрані закріплюють аркуш білого картону (297 х 210 мм), на якому тушшю накреслена пряма горизонтальна лінія товщиною біля 3 мм і довжиною 230 мм. Зліва лінія закінчується збіжним клином («наконечник стріли»), а справа – розбіжним клином («перо стріли»). На верхній край екрана на роликах (невидимих досліджуваному) підвішують рухому планку, на якій точно на рівні горизонтальної лінії намальований клин, спрямований гострим кутом вправо. На невидимій досліджуваному, але видимій есперименатору стороні установки закріплена міліметрова лінійка, нульова точка якої співпадає з точкою поділу лінії на два рівних відрізки – правий і лівий – і кінцем рухомого клина в центральному положенні.

До початку досліду необхідно підготувати бланк для протокольних записів.

Порядок роботи. В досліді використовується метод середньої помилки (методику див. в роботі «Визначення зорових просторових порогів розрізнення»). Дослід проводиться в умовах вільного спостереження (без обмеження поля зору). Дослід студенти виконують в парах, причому один із її членів є експериментатором. Всього досліджуваний

повинен провести 30 підрівнювань. До початку досліду експериментатор повідомляє таку інструкцію.

Інструкція досліджуваному: «Пересуваючи повзунок з наконечником вправо або вліво, поділіть відрізок на дві рівні частини. Постарайтесь завдання виконати як можна точніше!»

Експериментатор встановлює повзунок в таке положення, при якому видимі відрізки явно нерівні (в крайнє праве або крайнє ліве положення). Після цього досліджуваний повинен перемішати повзунок, доки йому не покажеться, що він встановив тим самим рівний відрізок.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

помилки встановлення видимої рівності відрізків

(записи веде експериментатор)

Номер підрівнювання	Помилка		Середня помилка	Середнє квадратичне відхилення
	Абс. величина, мм	знак (+ або -)		
1 ... 30				

Обробка результаті в

1. Розрахувати значення середньої похибки для підрівнювань із знаком плюс і мінус *($M_{ош+}$* и *$M_{ош-}$)* за формулою $(M = \frac{\Sigma m_n}{n})$.

2. Розрахувати середньоквадратичне відхилення для цих же підрівнювань $\sigma_{ош+}$и $\sigma_{ош-}$;

3. Розрахувати загальні значення, тобто без врахування знаку постановки середньої похибки *($M_{об}$)* і середньоквадратичного відхилення ($\sigma_{об}$).

Контрольні запитання

1. В чому суть геометричних ілюзій зорового сприймання?
2. Наведіть приклади інших геометричних ілюзій, відомих вам із літературних даних або власного досвіду.

Лабораторна робота № 2

Тема: Дослідження індивідуальних особливостей сприймання (полезалежності-поленезалежності)

Вступні зауваження. В сучасній психології вивчення індивідуальних особливостей внутрішньої організації пізнавальних процесів здійснюється в рамках дослідження когнітивних стилів. Область вивчення когнітивних стилів лежить на стику психології пізнавальних процесів і психології особистості. Існує багато визначень поняття когнітивний стиль». Когнітивний стиль – це характеристика способу пізнавальної діяльності; особистісні фактори регуляції пізнання, мислення і т. д.

В психологічній літературі описано достатньо велику кількість параметрів когнітивного стилю. В якості основних можна назвати наступні: по типу сприймання – полезалежний-поленезалежний; по типу мислення – дивергентний-конвергентний; по типу реагування – імпульсивний-рефлективний; по типу навчання – серійний-цілісний; у відповідності з особливостями когнітивного контролю – гнучкий-ригідний и т. д. Параметри когнітивного стилю, як і здібності, в певній мірі задані. Але якщо здібності звичайно «розвиваються» и «ростуть», то когнітивний стиль «посилюється» або «усугубляється», так як його діапазон розгорнутий між полюсами з крайніми протилежними значеннями. Таким чином, когнітивний стиль, на відміну від здібностей, відноситься до способу, а не до рівня виконання діяльності.

Найбільш теоретично розробленим параметром когнітивного стилю є властивість полезалежності-поленезалежності. В 70-ті рр. XX ст. група американських вчених під керівництвом Х. Виткіна, яка отримала назву «Новий погляд», запропонувала для виявлення індивідуальних особливостей сприймання спеціальні інструментальні методики, які дозволяють вивчати його спільні властивості, типові для різних людей. «Новий погляд» був не зовсім новим і базувався на основних положеннях гештальтпсихології: людям властиво сприймати не окремі сигнали і їх комплекси, а цілісні образи – гештальти. В тому, як людина сприймає об’єкти і перетворює образи, проявляються індивідуальні особливості її особистості. Шляхом пред’явлення досліджуваним певних зорових фігур на різних фонах, при різних положеннях тіла до-

сліджуваного в просторі, були виявлені два спільних стилі сприйняття. Одні досліджувані адекватно сприймали об'єкт, незалежно від його зовнішнього поля і власного положення в просторі. Досліджувані, які діють подібним чином, були названі поленезалежності. У інших досліджуваних сприйняття того ж об'єкта сильно змінювалось в залежності від оточуючого фону і положення їх тіла. Люди, які діють в такому стилі, були названі полезалежними. Під полем розуміють актуальну психологічну ситуацію, в якій знаходиться даний індивід.

В понятті полезалежності-поленезалежності відображаються індивідуальні відмінності в здібності когнітивної диференціації, яка в сфері мислення проявляється як переважання аналізу або синтезу, а в сфері сприймання – як залежність-незалежність від перцептивного поля. Полезалежність означає домінування цілого, недостатня диференціація частин в образі сприймання, неспроможність переборювати контекст, необособленість окремих подразників від їх фону. Поленезалежності відповідає здатність сприймати ціле як структурування, вичленяти стимули із контексту. Найбільш загальною основою індивідуальних відмінностей в пізнавальній діяльності, які встановлюються за допомогою параметра полезалежності-поленезалежності, є ступінь орієнтації людини при прийнятті рішення на знання, якими вона володіє і досвід, який у неї є, а не на зовнішні орієнтири, якщо вони вступають в протиріччя з її досвідом. Особи, схильні до поленезалежності, виділяють в ситуації її істотні риси, а не більш помітні; у них легше проходить генералізація и перенос знань и навичок; у них більш раціональні стратегії запам'ятовування і відтворення, більш розвинута селективна увага. Полезалежні схильні ігнорувати менш помітні риси аналізованого об'єкта, для них характерна орієнтація на зовнішні ознаки, образність мислення.

За даними М. Холодної, поленезалежність корелює із наступними показниками інтелектуальної сфери: високий показник невербального інтелекту; гнучкість інформаційних процесів; більш висока научуваність; успішність розв'язання задач на кмітливість, які складають зміст фактора «адаптивна гнучкість» за Д. Гилфордом; легкість зміни установки.

З точки зору Х. Виткина, даний параметр когнітивного стилю дозволяє прогнозувати поведінку людей, починаючи з оцінки положення

свого тіла в просторі до вибору професії. Підстави для такого висновку – зв'язок полюсів цього стилю з різноманітними характеристиками: від продуктивності аналітичної діяльності до компетентності в міжособистісному спілкуванні. Правда, подібну точку зору про генералізованість параметра полезалежності-поленезалежності розділяють не всі автори.

Виявлені зміни поленезалежності з віком і рівнем освіти: вона зростає з переходом до більш високих ступенів освіти, оформляючись як стильова особливість до 17 років.

Ціль заняття. Виявлення індивідуальних особливостей сприймання по характеристиці полезалежності-поленезалежності.

Методика. В завданні використовується тест «Включені фігури» Готтшальдта. Тест являє собою набір із 30 завдань. В кажному завданні досліджуваному пропонується як можна швидше виділити одну із п'яти еталонних фігур, серед відволікаючих деталей більш складної фігури. Час виконання тесту необмежено. В досліді реєструється час виконання кожного із 30 завдань і кількість правильних розв'язків.

Обробка і аналіз результатів

1. Визначити індекс полезалежності-поленезалежності за формулою:

$$И_{пз/пнз} = \frac{N}{T}.$$

де N – число правильних розв'язків; T – загальний час виконання всіх 30 завдань, хв.

При $И_{пз/пнз} > 2{,}5$ вважається вираженим параметр поленезалежності;

При $И_{пз/пнз} < 2{,}5$ – виражений параметр полезалежності.

2. На основі аналізу одержаних результатів зробити висновок про особливості когнітивного стилю досліджуваного.

Контрольні запитання

1. Що розуміють під когнітивним стилем?
2. Які особливості пізнавальної діяльності діагностує параметр полезалежності-поленезалежності?

Лабораторна робота № 3

Тема: Особливості сприйняття форми при пасивному й активному дотику

Вступні зауваження. Термін «дотик» звичайно вживають у двох різних значеннях. З одного боку, для позначення шкірної чутливості, і тоді розглядають її види – температурну, больову, тактильну чутливість, будову шкірних рецепторів, пороги їхньої чутливості і т.п. З іншого боку, під дотиком розуміють гаптичну чутливість, що включає два компоненти: тактильний і кінестетичний. Гаптична чутливість виявляється в процесі обмацування, і її органом є рука. У результаті активного обмацування формується дотиковий образ предмета.

Якщо об'єкт лежить на руці, то має місце лише пасивний дотик. І тільки, якщо випробовуваний активно обмацує предмет (що відповідає реальним умовам сприйняття), можна говорити про активний дотик.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Завдання (тема) …… Дата

Експериментатор

Протоколіст

Досліджуваний

Самопочуття досліджуваного.

Вимірювана характеристика.

Вид стимула

Оцінка точності відтворення фігур досліджуваним (в балах)
(бали проставляє експериментатор)

Номер фігури	Дослід				Середній бал для дослідів			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 2 3								

У процесі активного обмацування предметів двома руками (у цьому випадку говорять про бімануальний дотик) можна експериментально вичленувати різні види рухів, що обмацують: макрорухи руки, а також

мікро- і макрорухи пальців. Обидва види рухів на різних етапах формування дотикового образу виконують як пізнавальні, так і контролюючі функції.

Дане заняття переслідує дві мети: по-перше, простежити й об'єктивно зафіксувати процес формування дотикового образу при пасивному й активному дотику тест-об'єкта однією рукою і, по-друге, виявити особливості видів руху в процесі бімануального дотику. Для порівняння точності пасивного й активного дотику в даному завданні передбачене проведення чотирьох дослідів (1-1V). У кожнім з них як стимули пред'являють по три фігури, що відрізняються одна від одної ступенем складності форми. Крім цих чотирьох дослідів передбачене проведення ще одного – V досліду, що повинний дати відомості про якісні особливості взаємодії обох рук у процесі формування дотикового образу.

При виконанні завдання необхідно строго дотримуватись порядку виконання роботи в різних дослідах, оскільки від цього залежить якість одержуваних результатів.

Матеріали для проведення дослідів. Експериментальний матеріал складається з набору плоских геометричних фігур, виготовлених із твердого картону чи фанери. Фігури відрізняються одна від одної складністю контуру, а саме: кількістю і довжиною відрізків периметра, кількістю і величиною кутів. Для фіксації результатів експерименту у вигляді замальовок запропонованих стимулів-фігур кожен випробуваний повинен мати аркуші паперу, на кожнім з яких він буде замальовувати лише одну фігуру. До початку дослідів необхідно заготовити бланк для ведення протокольних записів. Для V досліду спеціальної форми протоколу немає. Результати його в довільній формі реєструються експериментатором на основі спостережень і самоспостережень випробуваного.

Порядок роботи. Для виконання завдання студенти поділяються на дві групи: студенти першої групи виконують функції експериментаторів, а студенти другої групи – функції випробуваних. Завдання складається з п'яти дослідів. На стадії пасивного дотику й активного обмацування фігур очі випробуваного повинні бути закриті пов'язкою. На період відтворення фігур у виді малюнків пов'язку з очей знімають. Однак попередньо з поля зору випробуваного забирають фігуру, яку

він тільки що ощупував. У кожнім з дослідів випробуваному послідовно пред'являють три фігури різної складності. Тривалість кожного пасивного дотику, а також і активного обмацування не обмежена. До початку дослідження експериментатор зачитує випробуваному інструкцію.

Інструкція випробуваному: «Вам будуть пред'явлені плоскі фігури, ваша задача – із закритими очима шляхом дотику по можливості більш точно визначити форму кожної з них і потім, відкривши очі за знаком експериментатора, відтворити своє уявлення про фігуру графічно».

І дослід – пасивний дотик нерухомої фігури-стимулу. Експериментатор кладе фігуру на нерухому долоню випробуваного. При цьому експериментатору забороняється натискати на фігуру, а випробуваному робити переміщення її на долоні й обмацувати за допомогою іншої руки. За сигналом випробуваного експериментатор забирає фігуру знімає з випробуваного пов'язку з очей, після чого випробуваний приступає до замальовки сприйнятої фігури.

ІІ дослід – пасивний дотик при русі фігури-стимулу. Експериментатор плавно обводить контуром фігури по нерухомому вказівному пальцю правої руки випробуваного. Після одного повного обведення контуром фігури випробуваний приступає до замальовки її форми.

ІІІ дослід – редукційований (штучний) активний дотик. Випробуваний сам послідовно (без повернень) обводить контур фігури-стимулу вказівним пальцем правої руки. При цьому дозволяється 3–4-кратне обведення контуру кожної фігури. Експериментатор під час досліду притримує фігуру таким чином, щоб у процесі її обведення вона залишалася нерухомою.

ІV дослід – активний дотик. Випробуваний сам обмацує однією рукою пред'явлену фігуру. Час обмацування не обмежено. Після обмацування фігури випробуваний робить її замальовку.

V дослід – бімануальний дотик. Експериментатор пред'являє випробуваному фігуру, пропонуючи як можна точніше визначити її форму за допомогою дотику – активного обмацування двома руками. Випробуваного просять у процесі обмацування робити самоспостереження з метою докладного аналізу функції рухів пальців кожної з рук,

а також функції правої і лівої рук. Крім словесного звіту про характер рухів випробуваний робить замальовки фігур.

Обробка результатів. Для обробки малюнки випробуваного групують відповідно номеру досліду.

1-1V досліди:

1. Насамперед варто оцінити метричні властивості замальовок, тобто визначити довжину ліній, величину кутів, пропорції і загальна кількість елементів даної фігури.

2. Потім оцінюють якість замальовок по наступній 5-бальній шкалі:

5 – малюнок у точності відповідає формі тест-об'єкта,

4 – у малюнку перекручені довжини окремих сторін (вони або коротше або довше, ніж в оригіналі),

3 – перекручені не тільки довжини сторін, але і кути,

2 – перекручені довжини сторін і кути, а також пропущені один чи кілька елементів фігури-оригіналу,

1 – подібність між малюнком і фігурою-оригіналом цілком відсутня.

3. Отримані бальні оцінки для кожної фігури в дослідах записують до протоколу і розраховують середній бал для кожного досліду.

V дослід: обробка його результатів полягає в складанні експериментатором письмового висновку про особливості бімануального дотику. При цьому пропонується звернути увагу на наступні особливості функції рук і пальців:

– різну активність правої і лівої рук,

– різну функціональну роль пальців (роль великого пальця як точки відліку, ролі вказівного, середнього, безіменного і мізинця правої руки),

– симультанну роботу пальців,

– нерівномірність рухів по контуру (уповільнення, зупинки і повернення),

– переважаючі функції окремих типів рухів, а саме пізнавальних і контролюючих.

Контрольні питання

1. Які особливості сприйняття форми при пасивному дотику?

2. У чому полягає специфіка сприйняття форми при активному дотику?
3. Які функції руху пальців у процесі активного дотику?
4. Яка роль руху пальців у процесі побудови, виміру, контролю і корекції дотикового образу?
5. Яка роль дотику в практичній діяльності людей?

Лабораторна робота № 4

Тема: Дослідження поля зору і розрізнюючої здатності сітчатки

Обладнання: Периметр настільний**.**

Теоретичні відомості

Ретина, або сітчатка – це тонка плівка, яка вистилає задню внутрішню поверхню очного яблука. Назва походить від слова «retina» – сітка, і пояснюється наявністю густого сплетіння кровоносних судин, які її покривають. Сітківка ока є світлочутливою оболонкою ока. Вона являє собою систему взаємозв'язаних нервових клітин і фоторецепторів, які перетворюють світло в електричні імпульси, тобто перекладаючих сигнал на мову нервової системи.

В сітчатці є два види світлочутливих клітин – палочки і колбочки, які названі так у відповідності до їх вигляду під електронним мікроскопом. Прийнято вважати колбочки рецепторами денного бачення, які забезпечують кольорове бачення, палочки – рецепторами сумеречного бачення, дозволяючи розрізняти відтінки сірого. Рецептори розташовані в сітчатці дуже нерівномірно. Її центральна область, так зване жовта пляма (macula lutea), заповнена головним чином колбочками. Вона має форму овала, подовженого в горизонтальному напрямку. Кутовий розмір жовтої плями становить 6–7°. Її середина – центральна ямка (fovea centralis), названа так із-за наявності заглибини в цьому місці сітчатки, встелена одними колбочками, розміщеними тут досить щільно. Діаметр фовеа дорівнює 1,3°. В міру віддалення від центра до периферії число колбочок зменшується, а число палочок збільшується, досягаючи свого максимуму в області 10–15° від фовеа. Крайню периферію сітчатки заповнюють переважно палочки. Колбочки зустрічаються тут дуже рідко.

В сітчатці є ділянка, абсолютно позбавлений фоторецепторів – це місце виходу зорового нерва або сліпа пляма. Вона розташована в носовій половині сітчатки на відстані 12° від центральної ямки. Сліпа пляма має овальну форму з більш подовженим вертикальним діаметром. Величина його по горизонталі становить приблизна 6–6,5°.

Сітчатку називають «мозком, винесеним назовні». У ембріона людини вона розвивається із мозкової трубки, яка дає початок і головному мозку. Сітчатка містить типові мозкові клітини і подібно до кори головного мозку має багатошарову структуру. Схематично її можна розділити на дві частини: світлочутливу і мозкову. Все, що було сказано про колбочки і палочки, характеризує першу частину, а саме шар фоторецепторів. Другу частину створюють кілька шарів нервових клітин і їх відростків, основними з яких є біполяри і ганглозні клітини (С. Кравков, 1950). Біполяри служать для передачі подразнення від фоторецепторів до ганглозних клітин. Останні в свою чергу передають збудження в мозок по аксанах, які утворюють зоровий нерв.

Спосіб передачі сигналу із центра і з периферії сітчатки неоднаковий, що пов’язано з особливостями її будови. В фовеа кожна світлочутлива клітина з’єднана з окремою біполярною, а кожна біполярна – з ганглозною; це означає, що кожен фоторецептор має ніби «прямий провід» в мозок. На периферії велика кількість фоторецепторів конвергують на один біполяр, а група біполярів – на ганглозну клітину; в результаті одна ганглозна клітина на периферії збуджується при подразненні цілої сітчаткової області.

Така морфологічна неоднорідність сітчатки складає основу її функціональної неоднорідності.

Роздільна здатність, або гострота зору (minimum separabile), характеризується найменшою відстанню між двома об′єктами, при якій вони ще видимі окремо. Ця відстань виражається як правило в кутових величинах. Найбільшою гостротою зору володіє центральна область сітчатки; в нормі вона становить 1 кут. мін. В міру просування до периферії роздільна здатність сітчатки різко падає: вже на відстані 5° від центральної ямки гострота зору зменшується в 3 рази, а на крайній периферії вона в 100 раз нижче фовеальної (див. рис. 1).

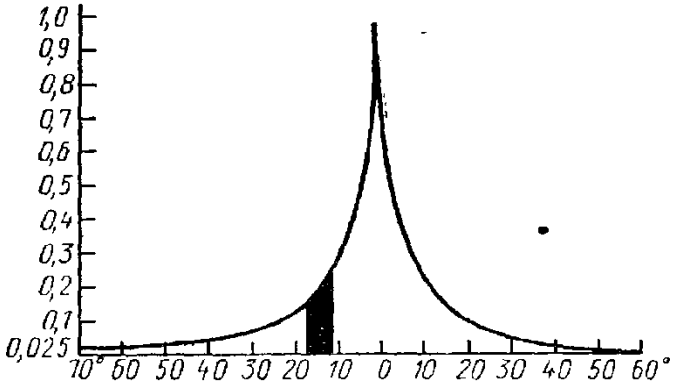


Рис. 1. *Графічне зображення роздільної здатності різних ділянок сітчатки (за Р. Вудвортсом)*

У зв'язку з цим показовим є приклад який наводить М. Авербах із своєї клінічної практики: двоє пацієнтів, адвокатів зо професією, внаслідок захворювань очей мали протилежні порушення зору: у першого страдав центральний зір, а у другого – периферичний (поле зору його було звужено майже до точки фіксації). В приміщенні судової установи, де вони працювали, був довгий темний коридор, і обидва пацієнти кожен день проходили по ньому. Перший із них, абсолютно не здатний прочитати ні одного рядка, вільно рухався по коридору, не потребуючи сторонньої допомоги. Другий, легко читавший най дрібніший газетний шрифт, вийшовши в коридор, безпорадно зупинявся і чекав, доки перший не проведе його в зал засідань (М. Авербах, 1950).

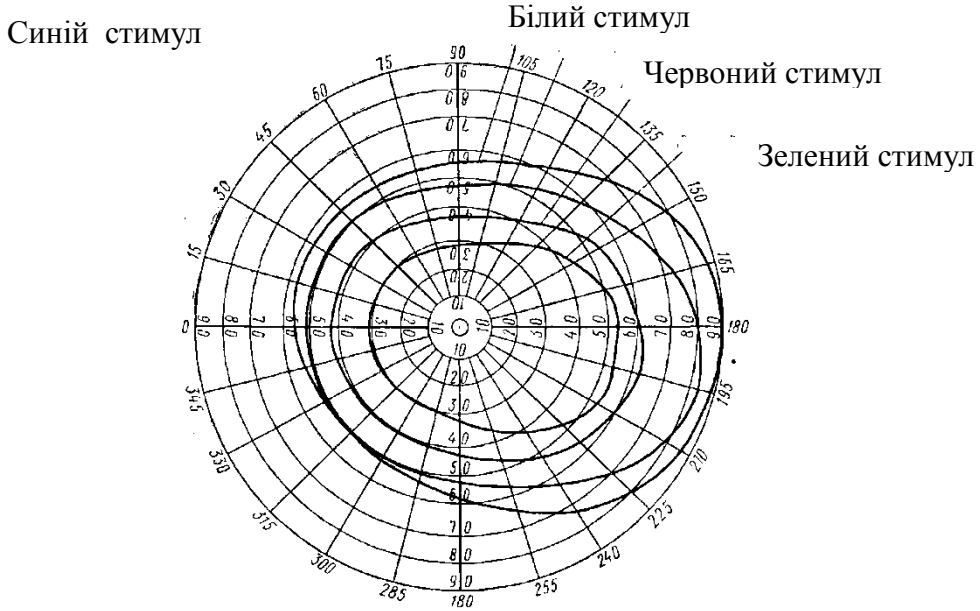


Рис. 2. *Межі полів зору для різних кольорів (за М. Авербахом)*

Поле зору – простір, який бачить око при фіксації нерухомої точки. Його величина визначається рядом факторів, основними з яких – будова і діяльність світлочутливого апарату зорової системи, а також анатомічні особливості обличчя людини (глибина орбіти, розріз очей, форма носі і т. ін.). В нормі поле зору обмежено зверху до 55°, всередині і внизу – до 60°, зовні – до 90° (рис. 2). Ці дані, прийняті за стандартні, відображають лише середню норму і можуть коливатись до 5–10°.

Вказані межі є границею видимості ахроматичного стимула; при використанні храматичних стимулів поле зору стає значно звуженим. Найменші розміри має поле зору для зеленого кольору, найбільше – для синього; поле зору для червоного кольору займає проміжне положення.

При локальних порушеннях світлочутливого апарата в полі зору проявляються ділянки випадання – скотоми. Вони діляться на абсолютні і відносні. При перших зображення пропадає повністю, при других – знижується його яскравість і чіткість. Скотоми бувають позитивними (суб'єктивними) і негативними (об'єктивними). Позитивні помічаються суб'єктом у вигляді тіні, плями. Негативні суб'єкт не бачить; вони можуть бути виявлені лише при об'єктивному дослідженні. Наприклад, сліпа пляма – скотома абсолютна, але суб'єктивно не виявлена.

Відомі два методи вимірювання поля зору: кампіметрія – вимірювання на площині і периметрія – вимірювання на вогнутій поверхні (дузі або півсфері). Перший спосіб більш старий і менш точний. Другий спосіб усуває недоліки кампіметрії. Він розроблений і вперше застосований Р. Ферстером в 1857 р. в даний час метод периметрії є найбільш поширеним.

Обробка завдання

Завдання:

1) вимірювання меж поля зору і виявлення фізіологічної скотоми (сліпої плями);

2) вимірювання меж кольорових полів;

3) вимірювання гостроти зору в різних ділянках поля зору.

Апаратура. Дослідження проводиться за допомогою настільного периметра.

Експериментальна група складається із двох людей: експериментатора і досліджуваного. Після виконання першого завдання досліджуваний і експериментатор міняються ролями.

Інструкція досліджуваному. «Прямо перед Вами в центрі дуги периметра знаходиться маленька точка. Вам необхідно строго фіксувати її на протязі всього експерименту. По дузі буде рухатись об'єкт. Повідомте про його появу і зникнення (для завдання 1); повідомте про появу об'єкта і вкажіть його колір (для завдання 2); повідомте коли об'єкт стане роздвоємим.

Процедура дослідження. Перед початком експерименту заповнюється периметричний бланк. В ньому відмічаються: дату, прізвище досліджуваного, експериментатора, а також діаметр мітки для об'єкта. Останній ставиться в чисельнику дробу, що є на бланку – /333 мм (його знаменник радіус дуги периметра). Слід пам'ятати, що для визначення меж поля зору використовують мітку діаметром 3 мм, для визначення скотом – мітку діаметром 1 мм, межі кольорових полів вимірюють з допомогою об'єкта діаметром 5 мм.

Процедура вимірювання меж поля зору. Досліджуваний фіксує точку в центрі дуги периметра, експериментатор дуже рівномірно переміщає об'єкт з периферії до центра. Швидкість руху не повинна перевищувати 2 см в секунду. В момент коли досліджуваний вперше помічає об'єкт, експериментатор робить позначку на бланку. Ця точка буде межею поля зору по даному меридіану.

В завданні поле зору вимірюється по 12 меридіанах: 4 прямим (вверх, вниз, назовні і всередину) і 8 косим – проміжним по відношенню до вказаних прямих. Інтервал між сусідніми інтервалами складає 30°. Найперше дуга периметра встановлюється горизонтально. Дальше експериментатор послідовно переміщає її у вказані положення.

Для виявлення сліпої плями дугу периметра знову встановлюють в горизонтальне положення. Об'єкт дуже повільно переміщається від фіксаційної точки до периферії в зовнішній частині поля зору; моменти його зникнення і появи, про які повідомляє досліджуваний, відмічаються на бланку. Інтервал між позначками буде складати поперечник фізіологічної скотоми. Іноді скотома виявляється не зразу, і вказану процедуру доводиться повторювати декілька разів.

Дослідження полів зору на різні кольори проводиться так же, як і на білий стимул.

Процедура досліду (для завдання 3). В завданні визначається гострота зору парацентральних (5°, 8°) і периферичних (20°, 40°, 60°) ділянок

сіткатки. Вимірювання проводиться з допомогою спеціальної приставки, яка надівається на дугу периметра. Спочатку вона ставиться в положення 5° від фіксаційної точки. Мітки на приставці з'єднані. Досліджуваний фіксує точку в центрі дуги периметра. Експериментатор плавно розводить мітки до тих пір, поки досліджуваний не помітить, що їх стало дві. Відстань між мітками, при якому досліджуваний вперше помітить їх порізну, буде характеризувати гостроту зору.

В завданні досліджується зовнішня частина поля зору по горизонтальному меридіану.

Обробка і аналіз результатів

Завдання 1, 2. В результаті вимірювання меж поля зору на білий стимул буде одержано ряд точок, з'єднання яких дасть обриси всього поля. Порівняйте його зі стандартним полем зору, межі якого нанесені на бланку пунктиром. Проробіть те ж саме з даними по кольоровим полям.

Завдання 3. Вимірювання гостроти зору дасть ряд чисел. Виходячи з них, побудуйте графік зниження роздільної здатності сітчатки до периферії. Як було вже вказано, в фовеа людина розрізняє два об'єкти під кутом в 1′. Така гострота зору прийнята за одиницю. Гострота зору периферичних місць сітчатки буде у стільки разів нижчою центральної, у скільки відстань між мітками, при якій досліджуваний бачить їх як дві, буде більше 1′. Наприклад, в нульовому положенні приставки мітки видні різними при відстані між ними в 1′. Фовеальна гострота зору V_0=1. При положенні приставки, яке відповідає 8° від центра, проміжок між мітками, необхідний для їх розрізнення, становить 5′. Відповідна цьому гострота зору V_8=1′/5′=0,2 віднос. Од. одержані таким чином значення об'єднуються і заносяться в протокол.

Локалізація об'єкта в полі зору (в градусах)	Гострота зору (в умовн. одиницях)	Гострота зору (у відн. одиницях)
0 5 8 20 40 60		

Контрольні питання

1. Яка будова сітчатки?
2. В чому проявляється її функціональна неоднорідність?
3. Що таке поле зору? Які фактори визначають його величину, як воно досліджується?
4. В чому полягає методика проведення 1, 2 і 3 завдання?

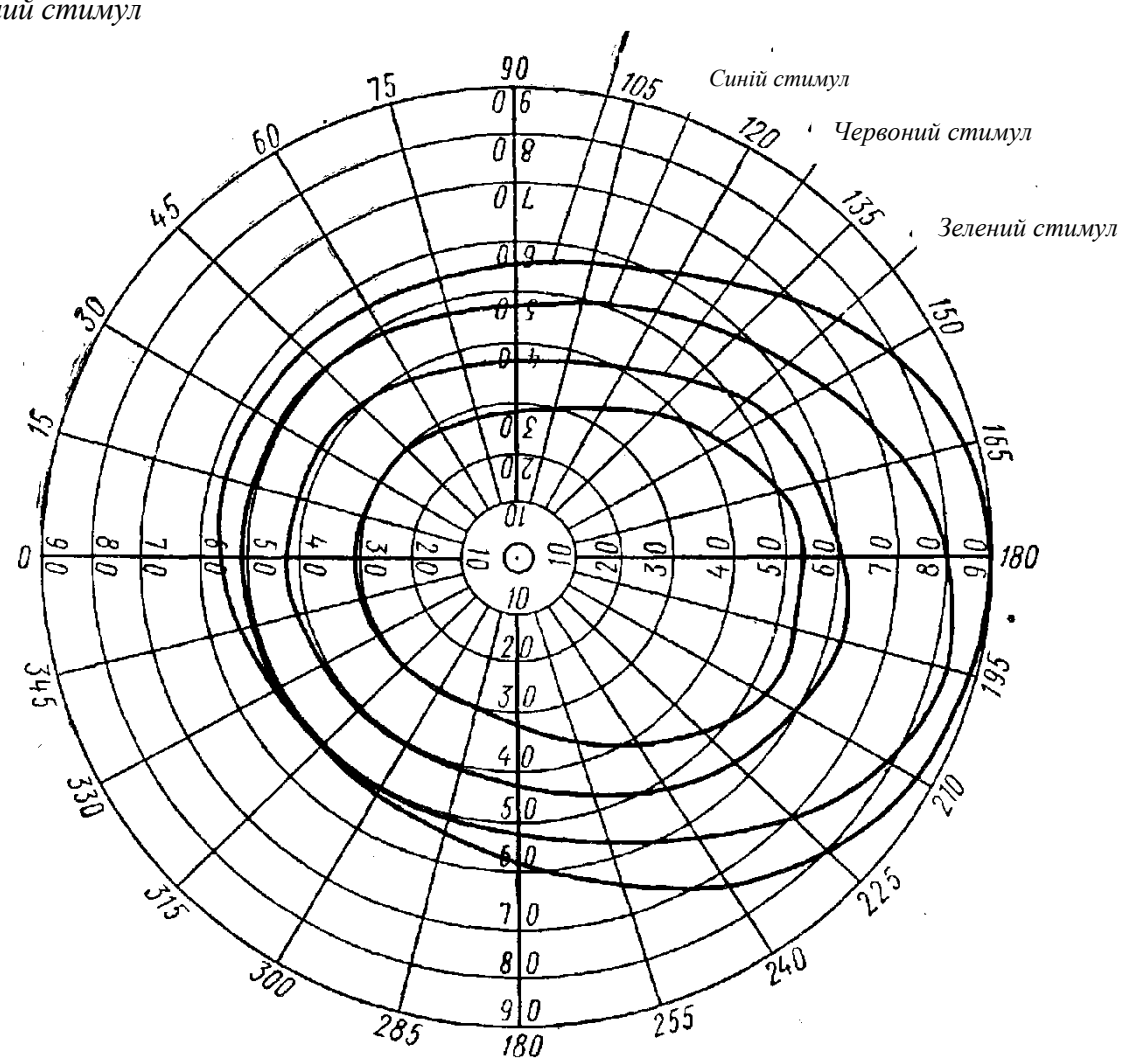
Бланк карти полів зору

Дата_____

Експериментатор_____

Досліджуваний_____

Білий стимул



ПАМ’ЯТЬ

Лабораторна робота № 1

Тема «Піктограма»

Ціль: Дослідження особливостей опосередкованого запам’ятовування і його продуктивності, а також характеру розумової діяльності, рівня формування понятійного мислення.

Опис і матеріал:

Чистий лист папера, один простий чи кілька кольорових олівців. Після інструктажу випробуваному зачитуються слова з інтервалом не більш 30 секунд. Після інструктажу випробуваному зачитуються слова з інтервалом не більш 30 секунд. Перед кожним чи словом словосполученням називається його порядковий номер, а потім дається час на його зображення. Кожне чи слово словосполучення повинне чітко вимовляється в запобіганні повторення.

У ході виконання завдання написання окремих чи букв слів випробуваному не рекомендується. Швидкість і якість виконання не повинні його турбувати. Поки випробуваний малює, йому можна задавати питання типу: «Що Ви малюєте?», «Як це допоможе Вам згадати слово?». При цьому усі висловлення випробуваного заносяться до протоколу.

Відтворення випробуваним словесного матеріалу здійснюється не раніше 40–60 хвилин. Після цього часу випробуваному пред’являються його малюнки з проханням згадати відповідні слова, що також фіксуються в протоколі.

Текст (варіанти набору слів і словосполучень):

1. Веселе свято	1. Глуха бабуся
2. Важка робота	2. Війна
3. Розвиток	3. Сувора вчителька
4. Смачна вечеря	4. Голодна людина
5. Сміливий учинок	5. Сліпий хлопчик
6. Хвороба	6. Багатство
7. Щастя	7. Дівчинці холодно
8. Розлука	8. Влада

9. Дружба	9. Хвора жінка
10. Темна ніч	10. Обман
11. Сум	11. Весела компанія

Обробка результатів і інтерпретація:

При оцінці результатів дослідження підраховується кількість правильних відтворених слів у співвідношенні з загальною кількістю представлених для запам'ятовування. Ці дані можуть бути порівняні з результатами заучування 10 слів.

Особливості опосередкованого запам'ятовування виражаються через якість малюнків досліджуваного. Усі зображення можна класифікувати на п'ять основних видів:

Абстрактні зображення (А) – у вигляді ліній, не оформлених у який-небудь пізнаваний образ;

Знаково-символічні (З) – у вигляді знаків чи символів (геометричні фігури, стрілки і т.д.);

Конкретні (ДО) – конкретні предмети

Сюжетні (З) – зображувані предмети, персонажі об'єднуються в яку-небудь ситуацію, сюжет;

Метафоричні (М) – зображення у вигляді метафор, художнього вимислу.

При обробці результатів поруч з кожним малюнком проставляється літерне позначення передбачуваного виду зображення. Потім можна зробити висновок про характер розумового процесу випробуваного в залежності від найбільш часто уживаного виду зображення. Якщо досліджуваний користається абстрактними і знаково-символічними типами малюнків, то він може бути віднесений до типу «мислителя». Якщо досліджуваний користується сюжетними і метафоричними зображеннями, то він може бути віднесений у групу людей із творчим мисленням художніх здібностей, що усвідомлять у собі наявність, чи захопливих художньою творчістю. У випадку переваги конкретного виду зображень можна припустити подолання у випробуваного конкретно діючого мислення, що має на увазі оперування безпосередньо сприйманими об'єктами і зв'язками, або про так називане практичне

мислення, спрямованому на дозвіл приватних конкретних задач у практичній діяльності. Перше найчастіше властиве дітям до 10–11 років, друге – керівникам, учителям.

Якщо опосередковані стимули часто зображуються чоловічки і відтворення словесного матеріалу при цьому проходить успішно, це може розглядатися як прояв дружелюбності, а якщо відтворення таких зображень утруднено, то це може служити ознакою інфантильності.

Можна простежити по якості малюнків наявність виснаження, про що свідчать наростаюча недбалість, ослаблення натиску при малюванні до кінця виконання завдання. У зв'язку з цим варто звертати увагу і на проективне значення методики для діагностики особливостей особистості. (див. «Проективні методи» – «Рисункові роботи»).

Лабораторна робота № 2

Тема: Вимірювання обсягу короткочасної пам'яті

Вступні зауваження. Короткочасна пам'ять (КП) – вид пам'яті, що характеризується дуже коротким збереженням матеріалу після однократного нетривалого сприйняття і тільки негайним відтворенням. Обсяг короткочасної пам'яті виміряється числом символів, що можуть бути відтворені негайно після їх однократного пред'явлення. Обсяг КП відносно до кількості інформації й обмежений числом 7±2. Тісно зв'язана з перцепцією, будучи як би її інерцією, КП є основою більш складних функціональних утворень. У той же час у самої КП можуть вироблятися досить складні перетворення вхідної інформації, здійснювані в згорнутому виді.

Мета заняття. Порівняння обсягу короткочасної пам'яті, отриманого при використанні різних методів дослідження.

Протокол заняття №

Досліджуваний……..……..

Дата……

Експериментатор…… Час експерименту……..

Довжина ряду	Результати відтворення			
	1	2	3	4
4 5 6 … 10				

Словесний звіт досліджуваного

Спостереження експериментатора

Дослід 1

Визначення обсягу короткочасної пам'яті по методу Джекобса.

Методика. Дослід проводиться на цифровому матеріалі. Випробуваному пред'являються послідовно сім рядів цифр, що містять від 4 до 10 елементів. Ряди складені по таблиці випадкових чисел. Експериментатор один раз читає по черзі кожен ряд, починаючи із найкоротшого. Після прочитання кожного ряду, через 2–3 с, випробуваний письмово відтворює в протоколі елементи ряду в тім же порядку, як їх читав експериментатор. Дослід повторюється чотири рази (на інших цифрових рядах).

Після цього випробуваний дає словесний звіт про те, якими прийомами він користався для запам'ятовування ряду. Експериментатор фіксує звіт, а також свої спостереження за поведінкою випробуваного в ході досліду.

Обробка результатів

1. Звірити результати кожного досліду з пред'явленим матеріалом. Знаком «+» відзначаються правильно відтворені ряди. Ряди, не відтворені цілком, відтворені з помилками в тій чи іншій послідовності, відзначаються знаком «-».

2. Скласти зведену таблицю результатів і обчислити відсоток правильно відтворених рядів кожної довжини.

Зведена таблиця результатів

№ з/п	Результати відтворення						
	4	5	6	7	8	9	10
1 2							

3 4							
% правильно відтворених рядів							

3. Побудувати графік залежності продуктивності запам'ятовування від кількості матеріалу (по відсотку правильно відтворених рядів за всі досліди).

6. Обчислити обсяг пам'яті за формулою:

$$V = A + \frac{m}{n} + \frac{K}{2} \qquad (1)$$

де A – найбільша довжина ряду, відтвореного правильно у всіх дослідах; n – число дослідів (у даному завданні т = 4); m – кількість правильно відтворених рядів, більших A: K – інтервал між рядами (у даному завданні $K=1$).

7. Скласти зведену таблицю результатів дослідів для групи випробуваних (10 чоловік) і обчислити середні показники. Нанести середній графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду на індивідуальний графік даного випробуваного.

Аналіз результатів і висновки. На підставі отриманих кількісних даних і словесного звіту випробуваних проаналізувати хід процесу запам'ятовування в даного випробуваного. Зіставити індивідуальні дані із середніми по групі (обсяг короткочасної пам'яті і графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду).

Дослід 2

Визначення індексу короткочасної пам'яті

Мета експерименту. Визначення інтегральної характеристики короткочасної пам'яті за допомогою методу, що дозволяє диференційовано вимірювати обсяг короткочасної й оперативної пам'яті і встановлювати їх співвідношення і взаємозв'язок.

Методика. Метод являє собою подвійний тест.

У першій частині дослідження визначається обсяг короткочасної пам'яті на числа за класичною методикою (див. дослід 1). В другій частині дослідження визначається обсяг оперативної пам'яті. Випробуваному пред'являють випадкові однозначні числа, які він повинен попарно додавати в голові і запам'ятовувати тільки результати додавання. Числа підбираються таким чином, щоб сума у всіх випадках не перевищувала 9. Коли експериментатор закінчує читати ряд, випробуваний повинен у тій же послідовності усно відтворити результати додавання пред'явлених чисел. Відповіді записуються експериментатором до протоколу. Довжина ряду пар чисел варіюється від двох до восьми. Ряди пред'являються в порядку зростання. Для одержання більш надійних результатів дослід повторюють чотири рази на різних числових рядах.

Обробка результатів

1. Визначити обсяг короткочасної пам'яті за формулою (1).
2. Визначити обсяг оперативної пам'яті за формулою (1).
3. Визначити індекс короткочасної пам'яті досліджуваного за формулою:

$$ІКП = (ОП + КП) \bullet \frac{ОП}{КП}$$

де *ОП* – обсяг оперативної пам'яті, *КП* – обсяг короткочасної пам'яті.

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Вимірювання обсягу короткочасної пам'яті»

Дослід 1.

№ 1

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	81	
69	15	93	72	38	45	96	26	58	83

№ 2

22	17	58	94						
98	56	71	95	87					
35	72	78	19	32	74				
61	15	83	34	78	41	29			
27	48	11	58	14	86	72	85		
74	23	16	81	29	43	25	67	18	
96	51	39	27	83	54	69	62	85	38

№ 3

24	31	58	39						
89	66	27	49	58					
53	37	56	11	23	47				
16	51	33	43	57	14	92			
72	64	11	65	41	68	27	48		
47	32	61	38	92	34	72	76	81	
49	25	93	77	38	45	86	26	58	83

№ 4

23	16	97	53						
96	25	54	72	55					
95	57	25	18	73	99				
92	70	16	41	28	60	67			
64	83	84	24	83	51	75	38		
72	90	22	23	72	38	20	73	81	
94	57	44	29	51	70	15	65	76	87

Дослід 2.

I	1	8	2	7	3	6	4	5	9	0
II	2	3	1	4	1	6	3	5	1	7
III	3	6	3	4	3	5	8	1	7	1
IV	4	1	2	4	3	6	8	1	7	1

Дослід 3

14	16	13	15	17								
18	13	17	14		15							
19	13	18	14	17	15							
19	14	20	13		18	17	16					

16	19	14	20	15	18	21	16	21				
21	14	20		19	15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16		20	14	13	17	24		
23	18	14	15	19	21	13		22	16	24	17	
25	16	13	21	18	24	19	22	15		20	18	23

17	16	13	15	14								
	13	17	15	16	14							
19		18	14	17	15	13						
19	14		13	15	18	17	20					
16	19	14		15	18	21	16	21				
21	14	20	13		15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16		20	14	13	17	21		
20	18	14	15	17	21		23	22	16	24	19	
18	16	13	21	18	24	19		15	17	20	25	22

13	16	14	15	17								
17	13		14	16	15							
16	13	18		17	14	19						
16	14	20	13		18	17	19					
16	19	14	20	15		21	16	21				
21	14	20	13	19	15		16	17	22			
18	23	19	22	16	21	20		13	17	24		
20	18	14	15	19	21	13	23		16	24	17	
25	17	13	21	18	24	19	22	15		20	18	23

14	16	13	15									
18	13		14	16	15							
19	13	18	14	17		16						
19	14	20		15	18	17	16					
16	19	14	20	15		21	16	21				
21	14	20	13		15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16	21		14	13	17	24		
23	18	14	15	19	21		20	22	16	24	17	
25	16	13	21	18	24	19	22	15	17		18	23

Лабораторна робота № 3

Тема: Порівняння процесів відтворення і впізнавання

Вступні зауваження. Відтворення – процес пам'яті, у результаті якого відбувається актуалізація закріпленого раніше змісту шляхом відтворення його з довгострокової пам'яті і переводу в оперативну. Фізіологічною основою відтворення є повторне збудження (оживлення) слідів раніше утворених нервових зв'язків такими подразниками, що прямо чи побічно зв'язані з тим, що відтворюється. Відтворення буває мимовільним або довільним. При мимовільному відтворенні досліджуваний не ставить спеціальної мети пригадати що-небудь; воно викликається змістом тієї діяльності, що досліджуваний здійснює в даний момент, хоча вона і не спрямована на відтворення. Мимовільне відтворення може мати не хаотичний, а відносно зв'язний, вибірковий характер.

Напрямок і зміст відтворення визначається в цьому випадку тими асоціаціями, що утворилися в минулому досліді людини. Довільне відтворення називається пригадуванням. Відтворення – активний, творчий процес зв'язаний з перебудовою, реконструкцією відтвореного, особливо великого за обсягом матеріалу. Реконструкція при відтворенні виявляється в доборі головного і відсіванні другорядного матеріалу, в узагальненні і привнесенні нового змісту, у зміні послідовності викладу, у різних замінах і перекручуваннях відтвореного матеріалу Вона викликається особливостями матеріалу, характером репродуктивної задачі, рівнем осмислення матеріалу, різним емоційним ставленням до нього й іншими причинами.

Процеси впізнавання функціонально відрізняються від процесів відтворення. Впізнавання передбачає наявність об'єкта, у той час як відтворення – його пошук. Впізнавання – більш простий і генетично більш ранній процес, ніж відтворення. Для вивчення процесу відтворення може використовуватися метод утриманих членів ряду. Випробуваному пред'являють ряд стимулів (букви, цифри, склади, слова, геометричні фігури і т.п.) і пропонують його відтворити.

При обробці отриманих даних користуються наступними показниками:

1. Частота правильного відтворення визначається за формулою:

$$P_в = \frac{m}{n}$$

де m – кількість правильно відтворених елементів; n – кількість пред'явлених елементів.

2. Коефіцієнт точності відтворення $(K_в)$ визначається за формулою:

$$K = \frac{l}{m} \bullet 100\%$$

де l – кількість елементів, відтворених у даній послідовності; m – кількість правильно відтворених елементів. Для дослідження процесу впізнавання використовується метод тотожних рядів (чи метод впізнавання). Випробуваному одноразово пред'являють ряд елементів. Далі, у другій частині досліду, пред'являють другий ряд з великою чи такою ж кількістю аналогічних елементів, серед яких є всі чи кілька елементів першого ряду, і пропонують впізнати «старі» стимули, тобто елементи першого ряду.

При обробці отриманих даних визначають наступні показники.

1. Частота помилок позитивного впізнавання (тобто помилок типу «пропуск мети») $F_{пц}$ визначається за формулою:

$$F_{пц} = \frac{R_c}{N_c}$$

де – R_c кількість помилок впізнавання «старих» стимулів; N_c – кількість пред'явлених «старих» стимулів.

2. Частота помилок негативного впізнавання (тобто помилок типу «помилкова тривога») $F_{лт}$ визначається за формулою:

$$F_{ЛТ} = \frac{R_H}{N_H},$$

де $R_н$ – кількість помилок впізнавання «нових» стимулів; $N_н$ – число пред'явлених «нових» стимулів.

3. Частота правильного впізнавання P_y визначається за формулою:

$$P_y = \frac{M_C}{N_C} \times \frac{R_H}{N_H}$$

де M_c – кількість правильно впізнаних «старих» стимулів.

Цей показник може змінюватися від 0 при випадкових відповідях випробуваного до 1 при точному впізнаванні.

Порівняння результатів, отриманих при використанні методу

утриманих членів ряду і методу впізнавання на аналогічному стимульному матеріалі, дозволяє вивчати розходження процесів відтворення і впізнавання в залежності від обсягу і змісту матеріалу.

Мета заняття – порівняти продуктивність процесів відтворення і впізнавання того самого матеріалу.

Методика. Використовується метод утриманих членів ряду і метод тотожних рядів. Методика складається з трьох дослідів. У перших двох дослідах спосіб пред'явлення на слух, у третьому – зоровий.

Досліди 1 і 2

Ці досліди розрізняються тільки кількістю експериментального матеріалу. У 1-му досліді випробуваному читають ряд з 10 не зв'язаних між собою слів і пропонують відтворити його в будь-якому порядку. Результати відтворення фіксуються в протоколі. Потім експериментатор читає другий ряд з 20 слів, у який включені у випадковому порядку 10 слів першого ряду. Випробуваний повинен відповідати «так» при словах, що пред'являлися в першому ряді. Експериментатор відзначає впізнані слова знаком «+» у протоколі. В 2-му аналогічному досліді для відтворення пропонується ряд з 15 слів, а для впізнавання – 30 слів.

Аналогічний протокол заповнюється для 2-го досліду, тільки на 15 слів для відтворення і на 30 – для впізнавання.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити частоту правильного впізнавання слів у кожнім досліді.

2. Визначити частоту правильного відтворення слів у кожнім досліді.

Протокол заняття

Пред'явлюваний ряд	Результати відтворення	Ряд слів для впізнавання	Результати впізнавання	Примітка
1 2 3 … 10		1 2 3 … 20		

Словесний звіт випробуваного:

Спостереження експериментатора:

3. Побудувати порівняльні стовпчикові діаграми частот правильного відтворення і впізнавання в кожному досліді.

4. Порівняти продуктивність відтворення і впізнавання в 1 і 2 дослідах, виявити тенденцію, що при цьому виявляється, і показати, чим вона пояснюється.

Дослід 3

Методика. Експериментальним матеріалом є геометричні фігури, які демонструються на екрані дисплея.

Дослід складається з двох частин. У першій частині випробуваному пред'являють матрицю А, що містить 9 фігур (мал. 1), час експозиції 10 сек. Задача випробуваного – запам'ятати фігури і відтворити їх (замалювати) через 5 секунд після закінчення експозиції.

В другій частині досліду випробуваному показують матрицю В, що містить інші 9 фігур (мал. 2), час експозиції також 10 с. Через 5 с йому показують матрицю С (мал. 3), що містить 20 фігур, серед яких 9 «старих» (з матриці В*)* і 11 «нових» стимулів. Задача випробуваного – впізнати «старі» стимули. Час впізнавання – 3 хв. Випробуваний за допомогою миші повинен вказати «старі» стимули в матриці С. Результати впізнавання реєструються.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити частоту правильного відтворення фігур у першій частині досліду.

2. Визначити частоту правильного впізнавання фігур у другій частині досліду.

3. Проаналізувати помилки відтворення і впізнавання фігур, допущені випробуваним.

4. Порівняти продуктивність процесів відтворення і впізнавання геометричних фігур.

Контрольні питання

1. У чому суть функціональних розходжень процесів відтворення і впізнавання?
2. Які методи дослідження процесів відтворення і впізнавання?
3. Чим пояснюються переваги в продуктивності впізнавання в порівнянні з відтворенням?

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Порівняння процесів відтворення і впізнавання»

Дослід 1 (ряд для відтворення)

1. літак	6. качка
2. лампа	7. млин
3. яблуко	8. папуга
4. олівець	9. листок
5. гроза	10. обруч

(ряд для впізнавання)

1. чайник	6. листок	11. колода	16. лампа
2. ніж	7. тачка	12. качка	17. хомут
3. літак	8. папуга	13. журнал	18. яблуко
4. обруч	9. свічка	14. гроза	19. дошка
5. метелик	10. млин	15. малина	20. олівець

Лист	Сонце	Вікно	Тонкий	Дим
Ніж	теорія	Сокира	Камінь	Каса
Курка	Книга	Блискавка	Пошта	Риба

Яблуко	Папір	Сонце	Теорія	Вікно	Сокира	Театр	Камінь	Кістка	Каса
Лист	Курка	Лялька	Книга	Залізо	Озеро	Туман	Перо	Дим	Буква
Ніж	Жук	Рак	Стеля	Виделка	Блис-кавка	Тонкий	Пошта	Крісло	Риба

Лабораторна робота № 4

Тема: Дослідження факторів, що впливають на збереження матеріалу в пам'яті

Вступні зауваження. Збереження в пам'яті виявляється по наступному відтворенню чи впізнаванню або по тому факту, що матеріал, що здається забутим, вимагає для доучування менше часу, ніж це було необхідно для первісного заучування. Відтворення, впізнавання і доучування – три критерії збереження. Збереження матеріалу в пам'яті

залежить від часу. Воно має вибірковий характер, будучи функцією участі матеріалу в діяльності суб'єкта. Матеріал, зв'язаний своїм змістом з потребами людини, з метою її діяльності, краще зберігається в пам'яті. У процесі збереження в пам'яті матеріал піддається визначеним якісним змінам, набуваючи більш узагальненого характеру.

До числа факторів, що роблять вплив на збереження матеріалу в пам'яті, відноситься характер діяльності, що передує запам'ятовуванню чи проміжної між запам'ятовуванням і відтворенням.

Ще з часів Г. Еббінгауза вважався встановленим той факт, що мнемічний слід стирається згодом. Уявлення про те, що забування є природним наслідком поступового згасання слідів, розділяється багатьма авторами і в останні роки (А. Браун, К. Конрад і ін.). Однак ця гіпотеза викликала заперечення по наступних напрямках.

1. З часом іноді спостерігається не згасання, а, навпаки, підвищене відтворення слідів – ремінісценція.

2. Через деякий час можливі помилкові відтворення специфічного характеру.

3. Усяка побічна діяльність, що відокремлює відтворення від запам'ятовування, негативно впливає на процес відтворення.

У зв'язку з цим ще в 1900 р. Г. Мюллер і А. Пільцеккер висловили припущення про те, що забування є скоріше результатом гальмуючого впливу з боку побічних, інтерферуючих впливів, ніж наслідком поступового згасання слідів. Справедливість цієї теорії багаторазово підтверджувалася експериментально.

Інтерференція виявляється або у втраті інформації під впливом наступного надходження нового матеріалу, або в помилках, викликаних конкуренцією мнемічних слідів. Її дія виявляється як у короткочасній, так і в довготривалій пам'яті. У короткочасній пам'яті діяльність, що вклинюється між пред'явленням матеріалу і перевіркою збереження, збільшує швидкість втрати інформації в залежності від характеру інтерференції. У довготривалій пам'яті нова інформація, що надходить, інтерферує із матеріалом, що зберігається там.

У ряді досліджень було показано, що збереження краще після незаповнених інтервалів. Про повну відсутність проміжної діяльності можна говорити лише умовно, практично створити такі умови неможливо. Значним наближенням до них є сон. Забування відбувається

повільніше, коли між забуванням і відтворенням по пам'яті. Людина спить, ніж у тому випадку, коли вона зайнята якою-небудь справою.

Погіршення відтворення в тих випадках, коли в проміжку між заучуванням і відтворенням відбувається розумова діяльність суб'єкта, одержало назву ретроактивного (зворотного) гальмування. В основі ретроактивного гальмування лежить явище персеверації – продовження реакції після закінчення процесу заучування, що приводить до консолідації слідів. Персеверація може спостерігатися досить часто. Після того як випробуваний запам'ятав ряд безглуздих складів чи строфу вірша, уривки ряду чи вірша можуть спливати в пам'яті без зусилля з його боку. Іншим прикладом може служити спливання мелодії невдовзі після того, як вона була прослухана, чи спонтанна поява зорових образів подій дня перед тим, як настає сон. За даними Б. Зейгарник (1927), цікава діяльність, перервана до її завершення, виявляється винятково схильною до такого спонтанного повернення. Безпосередній відпочинок після заучування сприяє персеверації, а отже, збереженню і закріпленню слідів, проміжна діяльність порушує цей процес і робить мнемічні сліди менш міцними.

При такому підході вимагає експериментального дослідження вплив ряду факторів на збереження і наступне відтворення, а саме: вид діяльності, проміжної між заучуванням і відтворенням, її тимчасова локалізація в інтервалі між заучуванням і відтворенням, тривалість інтервалу, ступінь первісного заучування т.п.

Результати ряду досліджень показали, що ретроактивне гальмування особливо сильне в тих випадках, коли діяльність, проміжна між заучуванням і відтворенням, є гомогенної, подібної з першопочатковим заучуванням. Подібність між двома видами діяльності може бути як у використовуваному матеріалі, так і в чиненій операції. Якщо завчання пар приголосних є першопочатковою діяльністю, то викреслювання приголосних у списку буде діяльністю, подібною по матеріалу, а заучування пар чисел – діяльністю, подібною по операції.

Будь-який вид подібності дає ретроактивне гальмування, але найбільший ефект виходить при комбінуванні обох видів подібності проміжної діяльності з основною (Дж. Гибсон, 1937).

Проактивне гальмування виявляється в погіршенні відтворення під впливом діяльності, що передує запам'ятовуванню матеріалу. Про-

активне (пряме) гальмування викликається негативним впливом попередньої діяльності на утворення зв'язків у наступній діяльності.

Мета заняття. Вивчення ефектів ретроактивного гальмування й інтерференції мнемічних слідів. Дослідження включає три експерименти.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Випробуваний_____

Дата _____

Експериментатор_____

Час досліду_____

Словесний звіт випробуваного_____

_____

Умови відтворення	Результати відтворення				Примітка
	1	2	3	4	
1. Безпосередньо 2. Після паузи в 15 сек. 3. Після множення чисел Новий ряд Відтворення нового ряду 4. Відтворення першого ряду					

Спостереження експериментатора:

У першому експерименті досліджується вплив побічної діяльності на утримання мнемічних слідів. В другому експерименті досліджується явище ретроградної амнезії в оперативній пам'яті. У третьому експерименті досліджуються ефекти інтерференції слідів у короткочасній пам'яті.

Експеримент 1

Методика включає три досліди, що будуються за однаковою схемою і відрізняються один від одного тільки характером пропонованого для запам'ятовування матеріалу: у першому досліді пред'являють зв'язані між собою слова, у другому – не зв'язані й у третьому – безглузді склади.

Процедура експерименту. Випробуваному в кожнім досліді по-

слідовно на слух пред'являють три ряди з 4, 6 і 8 елементів із пропозицією відтворити їх у тім же порядку. Інтервали між пред'явленнями рядів – 2–3 хв, а між дослідами – 5 хв.

Випробуваний відтворює кожен ряд чотири рази: 1) безпосередньо після пред'явлення; 2) після паузи в 15 с; 3) після перемножування в голові заданих експериментатором двох двозначних чисел (гетерогенне відволікання); 4) після гомогенного відволікання – запам'ятовування іншого ряду слів (у 1-му і 2-му дослідах) чи іншого ряду складів (у 3-му досліді).

Відтворені елементи рядів експериментатор фіксує в протоколі. Якщо був названий елемент, що не пред'являвся, то він записується в примітці до протоколу. Після кожного досліду фіксуються дані словесного звіту випробуваного і спостереження експериментатора.

Форма протоколів для рядів з 6 і 8 елементів аналогічна попередній формі.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити показник ретроактивного гальмування за формулою:

$$K_{PT} = \frac{A - B}{A} \times 100\%,$$

де А – число символів, відтворених безпосередньо, В – число символів, відтворених у тому випадку, коли за запам'ятовуванням слідувала яка-небудь діяльність (чи відпочинок).

2. Отримані дані звести в табл.

Зведена таблиця результатів

Наступна діяльність	Показник ретроактивного гальмування, %, для								
	Пов'язаних слів			Незв'язаних слів			Безглуздих складів		
	4	6	8	4	6	8	4	6	8
Відпочинок Множення чисел Запам'ятовування слів (складів)									

3. По кожному досліду проаналізувати вплив пауз і відволікань (гетерогенного і гомогенного) на продуктивність відтворення і характер помилок відтворення (порушення порядку відтворення, інтерференція і т.п.) у міру збільшення довжини ряду пропонованих для

запам’ятовування стимулів.

4. При порівнянні результатів, отриманих у всіх трьох дослідах, оцінити різницю у відтворенні зв’язаних і незв’язаних слів, а також безглуздих складів. Зіставити вплив пауз і відволікань на відтворення матеріалу різного ступеня усвідомлення.

Експеримент 2

Мета експерименту: виявити можливі попередні порушення оперативної пам’яті по ходу й у зв’язку з даною оперативною діяльністю.

Методика. Випробуваному на екрані дисплея послідовно з часом експозиції 2 с пред’являють цифри, перед якими стоїть знак додавання або віднімання. Задача випробуваного – додавати (чи віднімати в залежності від знака, що стоїть) пред’явлене число з останнім отриманим результатом. Сума (чи різниця) у всіх випадках не перевищує 9. Отриманий результат у кожній пробі випробуваний вказує за допомогою миші на цифровому табло з 10 цифр від 0 до 9.

У ході експерименту, зненацька для випробуваного, перед пред’явленням чергової цифри дається яскравий спалах, що повинен викликати ретроградну амнезію (руйнування мнемічного сліду).

У досліді 50 пред’явлень з них у випадковому порядку вибираються 10, яким передує яскравий спалах.

Реєструються правильні і помилкові відповіді випробуваного і виділяються відповіді, що слідували за світловим спалахом.

Обробка й аналіз результатів

1. Виявити можливі помилки, що носять характер ретроградної амнезії, тобто виникаючі за рахунок стирання останнього результату і заміни його передостаннім.

2. Пояснити причини виникнення такого роду помилок в експерименті.

Експеримент 3

Ціль експерименту. Перевірка гіпотези про взаємну інтерференцію слідів як основну причину забування в короткочасній пам’яті. Передбачається, що чутливість до взаємної інтерференції між елементами повинна змінюватися прямо пропорційно частоті їхнього застосування. Асоціації, що біли у випробуваного до початку досліду, є джерелом як позитивного, так і негативного переносу в засвоєнні і збереженні в пам’яті послідовностей слідів. Передбачається, що інтерференція буде

зростати швидше, ніж позитивний перенос. Тому обсяг короткочасної пам'яті для рідко уживаних слів повинний бути більше обсягу пам'яті для часто уживаних слів.

Методика. Випробуваному на слух пред'являють послідовності слів з високою і малою частотою вживання. Варіюється довжина послідовностей. Обсяг короткочасної пам'яті виміряється в момент, коли переривається послідовність слів невизначеної довжини і випробуваному пропонують згадати останню частину повідомлення. Сигналом до відтворення є повторне пред'явлення слова, що вже зустрічалося в послідовності. Завдання полягає у відтворенні всіх слів, що знаходились в ряді за «сигнальним». Експериментатор фіксує в протоколі результати відтворення. Обсяг короткочасної пам'яті визначається числом елементів, відтворених у правильній послідовності їхнього розташування.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити обсяг короткочасної пам'яті (КП) для послідовностей слів з великою (ВЧ) і малою (МЧ) частотою вживання. Звести отримані дані в таблицю.

Зведена таблиця результатів

Частота вживання слів	Об'єм КП при довжині ряду						
	6	10	12	14	16	18	20
ВЧ МЧ							

2. Побудувати графік залежності обсягу короткочасної пам'яті від довжини пред'явленої послідовності для слів з великою і малою частотою вживання (дві криві на одному графіку). На графіку по осі абсцис – довжина ряду, по осі ординат – кількість правильно відтворених слів.

3. На підставі аналізу отриманих в експерименті даних показати, чи підтверджується гіпотеза про те, що основною причиною забування в короткочасній пам'яті є інтерференція мнемічних слідів.

Контрольні питання

1. Які критерії збереження матеріалу в пам'яті?
2. Які фактори впливають на збереження матеріалу?

3. У чому суть теорії згасання слідів і теорії інтерференції?
4. У чому виявляються ефекти проактивного і ретроактивного гальмування?
5. Що таке персеверація?

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Дослідження факторів, що впливають на збереження матеріалу в пам'яті»

Дослід 1а.

Зелене листя	Синє небо	Гострий ніж	Перше слово

Настільна лампа	Кольоровий олівець	Паровий млин	Достигле яблуко	Учнівська парта	Святковий калач

Електричний чайник	Білий гриб	Класний журнал	Грозова хмара	Психологічна наука	Солодка малина	Дубова колода	Молодий солдат

Дослід 1б.

Залізо корінь	Стеля поле	Ластівка годинник	Кисіль формула

Папірець роль	Перо поле	Група відсоток	Явище мета	Студент термометр	Будинок річка

Провідник характер	Залежний картка	Образ шлях	Урок галявина	Річка увага	Матеріал синтез	Вантаж розум	Ригідність окуляри

Дослід 1в.

Всхант	Кусвнх	Кзансх	Тонєщз

Аворок	Околом	Акабос	Яцисил	Іяншив	Анишам

Квосхн	Кхусво	Вносха	Шуасте	Квовсу	Хвоснк	Еаизат	Кнсвзі

Лабораторна робота № 5

Тема: Вимірювання обсягу короткочасної пам'яті

Вступні зауваження. Короткочасна пам'ять (КП) – вид пам'яті, що характеризується дуже коротким збереженням матеріалу після однократного нетривалого сприйняття і тільки негайним відтворенням. Обсяг короткочасної пам'яті виміряється числом символів, що можуть бути відтворені негайно після їх однократного пред'явлення. Обсяг КП відносно байдужний до кількості інформації й обмежений числом 7± 2. Тісно зв'язана з перцепцією, будучи як би її інерцією, КП є основою більш складних функціональних утворень. У той же час у самої КП можуть вироблятися досить складні перетворення вхідної інформації, здійснювані в згорнутому виді.

Мета заняття. Порівняння обсягу короткочасної пам'яті, отриманого при використанні різних методів дослідження.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Досліджуваний……..

Дата……

Експериментатор……

Час експерименту……..

Довжина ряду	Результати відтворення			
	1	2	3	4
4 5 6 … 10				

Словесний звіт досліджуваного……

Спостереження експериментатора……

Дослід 1

Визначення обсягу короткочасної пам'яті по методу Джекобса

Методика. Дослід проводиться на цифровому матеріалі. Випробуваному пред'являються послідовно сім рядів цифр, що містять від 4 до 10 елементів. Ряди складені по таблиці випадкових чисел. Експериментатор один раз читає по черзі кожен ряд, починаючи із найкоротшого.

Після прочитання кожного ряду, через 2–3 с, випробуваний письмово відтворює в протоколі елементи ряду в тім же порядку, як їх читав експериментатор. Дослід повторюється чотири рази (на інших цифрових рядах).

Після цього випробуваний дає словесний звіт про те, якими прийомами він користався для запам'ятовування ряду. Експериментатор фіксує звіт, а також свої спостереження за поведінкою випробуваного в ході досліду.

Обробка результатів

1. Звірити результати кожного досліду з пред'явленим матеріалом. Знаком «+» відзначаються правильно відтворені ряди. Ряди, не відтворені цілком, відтворені з помилками в чи інший послідовності, відзначаються знаком «-».

2. Скласти зведену таблицю результатів і обчислити відсоток правильно відтворених рядів кожної довжини.

Зведена таблиця результатів

№ з/п	Результати відтворення						
	4	5	6	7	8	9	10
1 2 3 4							
% правильно відтворених рядів							

3. Побудувати графік залежності продуктивності запам'ятовування від кількості матеріалу (по відсотку правильно відтворених рядів за всі досліди).

4. Обчислити обсяг пам'яті за формулою:

$$V = A + \frac{m}{n} + \frac{K}{2} \quad (1)$$

де A – найбільша довжина ряду, відтвореного правильно у всіх дослідах; n – число дослідів (у даному завданні т = 4); m – кількість правильно відтворених рядів, більших A: K – інтервал між рядами (у даному

завданні *К=1*).

5. Скласти зведену таблицю результатів дослідів для групи випробуваних (10 чоловік) і обчислити середні показники. Нанести середній графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду на індивідуальний графік даного випробуваного.

Аналіз результатів і висновки. На підставі отриманих кількісних даних і словесного звіту випробуваних проаналізувати хід процесу запам'ятовування в даного випробуваного. Зіставити індивідуальні дані із середніми по групі (обсяг короткочасної пам'яті і графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду).

Дослід 2

Визначення індексу короткочасної пам'яті

Мета експерименту. Визначення інтегральної характеристики короткочасної пам'яті за допомогою методу, що дозволяє диференційовано вимірювати обсяг короткочасної й оперативної пам'яті і встановлювати їх співвідношення і взаємозв'язок.

Методика. Метод являє собою подвійний тест.

У першій частині досліду визначається обсяг короткочасної пам'яті на числа за класичною методикою (див. дослід 1). В другій частині досліду визначається обсяг оперативної пам'яті. Випробуваному пред'являють випадкові однозначні числа, які він повинен попарно додавати в голові і запам'ятовувати тільки результати додавання. Числа підбираються таким чином, щоб сума у всіх випадках не перевищувала 9. Коли експериментатор закінчує читати ряд, випробуваний повинен у тій же послідовності усно відтворити результати додавання пред'явлених чисел. Відповіді записуються експериментатором до протоколу. Довжина ряду пар чисел варіюється від двох до восьми. Ряди пред'являються в порядку зростання. Для одержання більш надійних результатів дослід повторюють чотири рази на різних числових рядах.

Обробка результатів

1. Визначити обсяг короткочасної пам'яті за формулою (1).
2. Визначити обсяг оперативної пам'яті за формулою (1).
3. Визначити індекс короткочасної пам'яті випробуваного за формулою:

$$ІКП = (ОП + КП) \bullet \frac{ОП}{КП}$$

де *ОП* – обсяг оперативної пам'яті, *КП* – обсяг короткочасної пам'яті.

Дослід 3

Вимірювання обсягу короткочасної пам'яті методом визначення відсутнього елемента

Методика. Випробуваний попередньо знайомиться з рядом стимулів, що будуть використовуватися в експерименті. Потім ці стимули пред'являють послідовно у випадковому порядку. Задача випробуваного полягає в тому, щоб визначити, який з елементів ряду відсутній у пред'явленій послідовності.

Процедура досліду. Випробуваному повідомляють, що у якості матеріалу у досліді 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 випробуваному на слух. Після цього він повідомляє, який елемент був пропущений. Відповіді записуються експериментатором до протоколу. У досліді пред'являються дев'ять рядів чисел у порядку зростання. Дослід повторюється чотири рази.

Обробка результатів

1. Скласти зведену таблицю результатів за даними чотирьох дослідів.

Зведена таблиця результатів

№ п/п	Результати відтворення								
	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 2 3 4									
% правильних відтворень									

У таблиці знаком «+» відзначають правильні, знаком «-» – помилкові чи відповіді відмовлення випробуваного.

2. Побудувати графік залежності продуктивності запам'ятовування від довжини ряду стимулів за даними чотирьох дослідів. На

графіку по осі абсцис – довжина ряду стимулів, по осі ординат – кількість правильних відповідей у відсотках.

3. Визначити обсяг короткочасної пам'яті за формулою:

$$V = A + \frac{m}{n} + \frac{K}{2}$$

Аналіз результатів. Порівняти обсяг короткочасної пам'яті, отриманий методом визначення відсутнього елемента, з величиною, отриманою за класичною методикою (метод Джекобса), а також з обсягом оперативної пам'яті.

Контрольні питання

1. Що розуміють під короткочасною пам'яттю?
2. Що таке обсяг короткочасної пам'яті?
3. Які методи виміру обсягу короткочасної пам'яті?
4. Як визначається обсяг оперативної пам'яті?
5. Як співвідносяться обсяги короткочасної й оперативної пам'яті?

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Вимірювання обсягу короткочасної пам'яті»

Дослід 1.

№ 1

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	81	
69	15	93	72	38	45	96	26	58	83

№ 2

22	17	58	94						
98	56	71	95	87					
35	72	78	19	32	74				
61	15	83	34	78	41	29			
27	48	11	58	14	86	72	85		
74	23	16	81	29	43	25	67	18	
96	51	39	27	83	54	69	62	85	38

№ 3

24	31	58	39						
89	66	27	49	58					
53	37	56	11	23	47				
16	51	33	43	57	14	92			
72	64	11	65	41	68	27	48		
47	32	61	38	92	34	72	76	81	
49	25	93	77	38	45	86	26	58	83

№ 4

23	16	97	53						
96	25	54	72	55					
95	57	25	18	73	99				
92	70	16	41	28	60	67			
64	83	84	24	83	51	75	38		
72	90	22	23	72	38	20	73	81	
94	57	44	29	51	70	15	65	76	87

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Вимірювання обсягу короткочасної пам'яті»

Дослід 2.

I	1	8	2	7	3	6	4	5	9	0
II	2	3	1	4	1	6	3	5	1	7
III	3	6	3	4	3	5	8	1	7	1
IV	4	1	2	4	3	6	8	1	7	1

Дослід 3

14	16	13	15	17								
18	13	17	14		15							
19	13	18	14	17	15							
19	14	20	13		18	17	16					
16	19	14	20	15	18	21	16	21				
21	14	20		19	15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16		20	14	13	17	24		
23	18	14	15	19	21	13		22	16	24	17	
25	16	13	21	18	24	19	22	15		20	18	23

17	16	13	15	14								
	13	17	15	16	14							
19		18	14	17	15	13						
19	14		13	15	18	17	20					
16	19	14		15	18	21	16	21				
21	14	20	13		15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16		20	14	13	17	21		
20	18	14	15	17	21		23	22	16	24	19	
18	16	13	21	18	24	19		15	17	20	25	22

13	16	14	15	17								
17	13		14	16	15							
16	13	18		17	14	19						
16	14	20	13		18	17	19					
16	19	14	20	15		21	16	21				
21	14	20	13	19	15		16	17	22			
18	23	19	22	16	21	20		13	17	24		
20	18	14	15	19	21	13	23		16	24	17	
25	17	13	21	18	24	19	22	15		20	18	23

14	16	13	15									
18	13		14	16	15							
19	13	18	14	17		16						
19	14	20		15	18	17	16					
16	19	14	20	15		21	16	21				
21	14	20	13		15	18	16	17	22			
18	23	19	22	16	21		14	13	17	24		
23	18	14	15	19	21		20	22	16	24	17	
25	16	13	21	18	24	19	22	15	17		18	23

Лабораторна робота № 6

Тема: Дослідження динаміки процесу заучування

Вступні зауваження. Запам’ятовування – процес пам’яті, у результаті якого відбувається закріплення нового шляхом пов’язування його з уже набутим раніше. Запам’ятовування є закономірний продукт дії суб’єкта з об’єктом. Характеристики запам’ятовування того чи

іншого матеріалу визначаються мотивами, цілями і способами діяльності особистості. Залежність запам'ятовування від діяльності, у підсумку якої воно досягається, характеризує один з аспектів проблеми активності запам'ятовування. Інший аспект тієї ж проблеми – розуміння самого процесу запам'ятовування як особливого роду мнемічної діяльності. Важливу частину змісту мнемічної діяльності складають мислительні процеси, здійснювані з метою запам'ятовування.

Істотну роль у запам'ятовуванні відіграє повторення матеріалу. Однак повторення не є способом, що незмінно веде до досягнення мнемічного ефекту. У процесі запам'ятовування центральне місце належить організації дій суб'єкта з матеріалом. Саме дії групування, співвіднесення, складання планів приведуть до добору і формування визначених зв'язків; повторення лише умова реалізації цих дій. Функцію ж закріплення зв'язків здійснює не повторення, а акт правильного відтворення об'єкта, відповідність відтвореного образу об'єкта запам'ятовування.

Для дослідження процесу запам'ятовування використовують класичні методи: метод утриманих членів ряду, метод заучування, метод вдалих відповідей і метод антиципації.

При методі заучування випробуваному пропонують завчити ряд елементів (складів, слів, чисел, фігур і т.п.) до критерію їх безпомилкового одне- чи дворазового відтворення в будь-якому порядку. З цією метою ряд стимулів пред'являють кілька разів. Після кожного пред'явлення ряду випробуваний намагається його відтворити. Кількість повторень, що буде потрібно для першого безпомилкового відтворення всіх елементів ряду в будь-якому порядку, служить показником запам'ятовування. Фіксація кількості елементів, правильно відтворених після кожного пред'явлення, дозволяє побудувати графік заучування. Пропонуючи випробуваному повторно відтворити заучений матеріал через різні проміжки часу після заучування, можна побудувати графік забування. Метод заучування, таким чином, дозволяє прослідкувати динаміку процесів запам'ятовування і забування матеріалу різного обсягу і змісту. Нарешті, цей метод дозволяє виявити вплив проактивного і ретроактивного гальмування на процес запам'ятовування значного за обсягом матеріалу. З цією метою фіксуються елементи ряду, правильно відтворені після кожного пред'явлення, і будується графік

частоти відтворення кожного стимулу за всі пред'явлення.

Позиційна залежність продуктивності запам'ятовування має вид U-подібної кривої: початок і кінець ряду запам'ятовуються краще, ніж його середина. Це так званий фактор краю.

Мета заняття. Вивчення динаміки і позиційної залежності продуктивності запам'ятовування.

Методика. Використовується метод заучування. Експериментальним матеріалом служать не зв'язані між собою за змістом слова (з чотирьох шести букв). Матеріал пред'являють на слух.

Процедура експерименту. Випробуваному пропонують ряд з 12 слів з вимогою завчити його до безпомилкового відтворення в будь-якому порядку. Після кожного пред'явлення ряду випробуваний відтворює його. Ряд повторюється через 5 с після закінчення відтворення. Утримані елементи фіксуються в протоколі знаком «+»; якщо випробуваний називає слово, якого раніше не було, воно записується в примітці до протоколу. Дослід продовжується до повного заучування всього ряду.

Після закінчення досліду експериментатор фіксує в протоколі словесний звіт випробуваного про мнемічні прийоми, використані ним з метою запам'ятовування ряду.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

№ відтворення	Результати відтворення елементів												Примітка
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1 2 3 … n													

Словесний звіт випробуваного:

Спостереження експериментатора:

Обробка й аналіз результатів

1. Підрахувати загальну кількість правильно відтворених слів при кожнім повторенні, позначивши його буквою *V*.

2. Побудувати за цими даними графік заучування. По осі абсцис від-

кладаються порядкові номери повторень, по осі ординат – значення *V*.

3. Підрахувати частоту відтворення кожного слова за всі повторення за формулою:

$$K_i = \frac{P_i}{n}$$

де K_i – частота відтворення *i*-го слова; P_i – кількість його правильних відтворень; n – кількість повторень.

4. Побудувати діаграму частот відтворення слів у залежності від їхніх порядкових номерів.

Контрольні питання

1. У чому суть процесу запам’ятовування?
2. Яка роль повторення в процесі запам’ятовування?
3. Які методи дослідження процесу запам’ятовування?
4. Що таке фактор краю?

Стимульний матеріал

1. Гелікоптер	8. Стабілізатор	15. Послаблення
2. Стерновий	9. Радіограма	16. Антрацит
3. Розлучення	10. Нітроемаль	17. Кампучія
4. Саксофон	11. Конструктивність	18. Рептилія
5. Баракуда	12. Бронтозавр	19. Бронепоїзд
6. Вагонетка	13. Профілактика	20. Інтеграція
7. Археологія	14. Манускріпт	

Лабораторна робота № 7

Тема: Порівняння процесів відтворення і впізнавання

Вступні зауваження. Відтворення – процес пам’яті, у результаті якого відбувається актуалізація закріпленого раніше змісту шляхом витягу його з довгострокової пам’яті і переводу в оперативну. Фізіологічною основою відтворення є повторне збудження (оживлення) слідів раніше утворених нервових зв’язків такими подразниками, що прямо чи побічно зв’язані з тим, що відтворюється.

Відтворення буває мимовільним або довільним.

При мимовільному відтворенні людина не ставить спеціальної мети пригадати що-небудь; воно викликається змістом тієї діяльності, що людина здійснює в даний момент, хоча вона і не спрямована на відтворення. Мимовільне відтворення може мати не хаотичний, а відносно зв'язний, вибірковий характер. Напрямок і зміст відтворення визначається в цьому випадку тими асоціаціями, що утворилися в минулому досліді людини.

Довільне відтворення називається пригадуванням. Відтворення – активний, творчий процес зв'язаний з перебудовою, реконструкцією відтвореного, особливо великого за обсягом матеріалу. Реконструкція при відтворенні виявляється в доборі головного і відсіванні другорядного матеріалу, в узагальненні і привнесенні нового змісту, у зміні послідовності викладу, у різних замінах і перекручуваннях відтвореного матеріалу Вона викликається особливостями матеріалу, характером репродуктивної задачі, рівнем осмислення матеріалу, різним емоційним ставленням до нього й іншими причинами.

Процеси впізнавання функціонально відрізняються від процесів відтворення. Впізнавання передбачає наявність об'єкта, у той час як відтворення – його пошук. Впізнавання – більш простий і генетично більш ранній процес, ніж відтворення. Впізнавання – це і сприйняття, але на відміну від первинного сприйняття впізнавання – завжди повторне сприйняття. Для вивчення процесу відтворення може використовуватися метод утриманих членів ряду. Випробуваному пред'являють ряд стимулів (букви, цифри, склади, слова, геометричні фігури і т.п.) і пропонують його відтворити.

При обробці отриманих даних користаються наступними показниками:

1. Частота правильного відтворення визначається за формулою:

$$P_в = \frac{m}{n}$$

де m – кількість правильно відтворених елементів; n – кількість пред'явлених елементів.

2. Коефіцієнт точності відтворення $(K_в)$ визначається за формулою:

$$K = \frac{l}{m} \bullet 100\%$$

де l – кількість елементів, відтворених у даній послідовності; m – кількість правильно відтворених елементів.

Для дослідження процесу впізнавання використовується метод тотожних рядів (чи метод впізнавання). Випробуваному одноразово пред'являють ряд елементів. Далі, у другій частині досліду, пред'являють другий ряд з великою чи такою ж кількістю аналогічних елементів, серед яких є всі чи кілька елементів першого ряду, і пропонують впізнати «старі» стимули, тобто елементи першого ряду.

При обробці отриманих даних визначають наступні показники.

1. Частота помилок позитивного впізнавання (тобто помилок типу «пропуск мети») $F_{пц}$ визначається за формулою:

$$F_{пц} = \frac{R_c}{N_c}$$

де – R_c кількість помилок впізнавання «старих» стимулів; N_c – кількість пред'явлених «старих» стимулів.

2. Частота помилок негативного впізнавання (тобто помилок типу «помилкова тривога») $F_{лт}$ визначається за формулою:

$$F_{ЛТ} = \frac{R_H}{N_H},$$

де $R_н$ – кількість помилок впізнавання «нових» стимулів; $N_н$ – число пред'явлених «нових» стимулів.

3. Частота правильного впізнавання P_y визначається за формулою:

$$P_y = \frac{M_C}{N_C} \times \frac{R_H}{N_H}$$

де M_c – кількість правильно впізнаних «старих» стимулів.

Цей показник може змінюватися від 0 при випадкових відповідях випробуваного до 1 при точному впізнаванні.

Порівняння результатів, отриманих при використанні методу утриманих членів ряду і методу впізнавання на аналогічному стимульному матеріалі, дозволяє вивчати розходження процесів відтворення і впізнавання в залежності від обсягу і змісту матеріалу.

Мета заняття – порівняти продуктивність процесів відтворення і впізнавання того самого матеріалу.

Методика. Використовується метод утриманих членів ряду і метод тотожних рядів. Методика складається з трьох дослідів. У перших двох дослідах спосіб пред'явлення на слух, у третьому – зоровий.

Досліди 1 і 2

Ці досліди розрізняються тільки кількістю експериментального

матеріалу.

У 1-му досліді випробуваному читають ряд з 10 не зв'язаних між собою слів і пропонують відтворити його у будь-якому порядку. Результати відтворення фіксуються в протоколі. Потім експериментатор читає другий ряд з 20 слів, у який включені у випадковому порядку 10 слів першого ряду. Випробуваний повинен відповідати «так» при словах, що пред'являлися в першому ряді. Експериментатор відзначає впізнані слова знаком «+» у протоколі.

В 2-му аналогічному досліді для відтворення пропонується ряд з 15 слів, а для впізнавання – 30 слів.

Аналогічний протокол заповнюється для 2-го досліду, тільки на 15 слів для відтворення і на 30 – для впізнавання.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити частоту правильного впізнавання слів у кожнім досліді.

2. Визначити частоту правильного відтворення слів у кожнім досліді.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Пред'явлюваний ряд	Результати відтворення	Ряд слів для впізнавання	Результати впізнавання	Примітка
1 2 3 … 10		1 2 3 … 20		

Словесний звіт випробуваного.

Спостереження експериментатора.

3. Побудувати порівняльні стовпчикові діаграми частот правильного відтворення і впізнавання в кожнім досліді.

4. Порівняти продуктивність відтворення і впізнавання в 1 і 2 дослідах, виявити тенденцію що при цьому виявляється, і показати чим вона пояснюється.

Дослід 3

Методика. Експериментальним матеріалом є геометричні фігури,

які демонструються на екрані дисплея.

Дослід складається з двох частин. У першій частині випробуваному пред'являють матрицю А, що містить 9 фігур (мал. 1), час експозиції 10 с. Задача випробовуного – запам'ятати фігури і відтворити їх (замалювати) через 5 с після закінчення експозиції.

В другій частині досліду випробуваному показують матрицю В, що містить інші 9 фігур (мал. 2), час експозиції також 10 с. Через 5 с йому показують матрицю С (мал. 3), що містить 20 фігур, серед яких 9 «старих» (з матриці В) і 11 «нових» стимулів. Задача випробуваного – впізнати «старі» стимули. Час впізнавання – 3 хв. Випробуваний за допомогою миші повинен вказати «старі» стимули в матриці С. Результати впізнавання реєструються.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити частоту правильного відтворення фігур у першій частині досліду.
2. Визначити частоту правильного впізнавання фігур у другій частині досліду.
3. Проаналізувати помилки відтворення і впізнавання фігур, допущені випробуваним.
4. Порівняти продуктивність процесів відтворення і впізнавання геометричних фігур.

Контрольні питання

1. У чому суть функціональних розходжень процесів відтворення і впізнавання?
2. Які методи дослідження процесів відтворення і впізнавання?
3. Чим пояснюються переваги в продуктивності впізнавання в порівнянні з відтворенням?

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Порівняння процесів відтворення і впізнавання»

Дослід 1 (ряд для відтворення)

1. літак	6. качка
2. лампа	7. млин
3. яблуко	8. папуга
4. олівець	9. листок
5. гроза	10. обруч

(ряд для впізнавання)

1. чайник	6. листок	11. колода	16. лампа
2. ніж	7. тачка	12. качка	17. хомут
3. літак	8. папуга	13. журнал	18. яблуко
4. обруч	9. свічка	14. гроза	19. дошка
5. метелик	10. млин	15. малина	20. олівець

Лист	Сонце	Вікно	Тонкий	Дим
Ніж	Теорія	Сокира	Камінь	Каса
Курка	Книга	Блискавка	Пошта	Риба

Яблуко	Папір	Сонце	Теорія	Вікно	Сокира	Театр	Камінь	Кістка	Каса
Лист	Курка	Лялька	Книга	Залізо	Озеро	Туман	Перо	Дим	Буква
Ніж	Жук	Рак	Стеля	Вилка	Блискавка	Тонкий	Пошта	Крісло	Риба

Лабораторна робота № 8

Тема: Дослідження факторів, що впливають на збереження матеріалу в пам'яті

Вступні зауваження. Збереження в пам'яті виявляється по наступному відтворенню чи впізнаванню або по тому факту, що матеріал, який здається забутим, вимагає для доучування менше часу, ніж це було необхідно для первинного заучування. Відтворення, впізнавання і доучування – три критерії збереження. Збереження матеріалу в пам'яті залежить від часу. Воно має вибірковий характер, будучи функцією участі матеріалу в діяльності суб'єкта. Матеріал, зв'язаний своїм змістом з потребами людини, з метою її діяльності, краще зберігається в пам'яті. У процесі збереження в пам'яті матеріал піддається визначеним якісним змінам, набуваючи більш узагальненого характеру.

До числа факторів, що роблять вплив на збереження матеріалу в пам'яті, відноситься характер діяльності, що передує запам'ятовуванню чи проміжної між запам'ятовуванням і відтворенням.

Ще з часів Г. Еббінгауза вважався встановленим той факт, що мнемічний слід стирається згодом. Уявлення про те, що забування є природним наслідком поступового згасання слідів, розділяється багатьма авторами і в останні роки (А. Браун, К. Конрад і ін.). Однак ця гіпотеза викликала заперечення по наступних напрямках.

1. З часом іноді спостерігається не згасання, а, навпаки, підвищене відтворення слідів – ремінісценція.

2. Через деякий час можливі помилкові відтворення специфічного характеру.

3. Усяка побічна діяльність, що відокремлює відтворення від запам'ятовування, негативно впливає на процес відтворення.

У зв'язку з цим ще в 1900 р. Г. Мюллер і А. Пільцеккер висловили припущення про те, що забування є скоріше результатом гальмуючого впливу з боку побічних, інтерферуючих впливів, ніж наслідком поступового згасання слідів. Справедливість цієї теорії багаторазово підтверджувалася експериментально.

Інтерференція виявляється або у втраті інформації під впливом наступного надходження нового матеріалу, або в помилках, викликаних конкуренцією мнемічних слідів. Її дія виявляється як у короткочасній, так і в довготривалій пам'яті. У короткочасній пам'яті діяльність, що вклинюється між пред'явленням матеріалу і перевіркою збереження, збільшує швидкість втрати інформації в залежності від характеру інтерференції. У довготривалій пам'яті нова інформація, що надходить, інтерферує із матеріалом, що зберігається там.

У ряді досліджень було показано, що збереження краще після незаповнених інтервалів. Про повну відсутність проміжної діяльності можна говорити лише умовно, практично створити такі умови неможливо. Значним наближенням до них є сон. Забування відбувається повільніше, коли між забуванням і відтворенням по пам'яті. Людина спить, ніж у тому випадку, коли вона зайнята якою-небудь справою.

Погіршення відтворення в тих випадках, коли в проміжку між заучуванням і відтворенням відбувається розумова діяльність суб'єкта, одержало назву ретроактивного (зворотного) гальмування. В основі ретроактивного гальмування лежить явище персеверації – продовження реакції після закінчення процесу заучування, що приводить до

консолідації слідів. Персеверація може спостерігатися досить часто. Після того як випробуваний запам'ятав ряд безглуздих складів чи строфу вірша, уривки ряду чи вірша можуть спливати в пам'яті без зусилля з його боку. Іншим прикладом може служити спливання мелодії невдовзі після того, як вона була прослухана, чи спонтанна поява зорових образів подій дня перед тим, як настає сон. За даними Б. Зейгарник (1927), цікава діяльність, перервана до її завершення, виявляється винятково схильною до такого спонтанного повернення. Безпосередній відпочинок після заучування сприяє персеверації, а отже, збереженню і закріпленню слідів, проміжна діяльність порушує цей процес і робить мнемічні сліди менш міцними.

При такому підході вимагає експериментального дослідження вплив ряду факторів на збереження і наступне відтворення, а саме: вид діяльності, проміжної між заучуванням і відтворенням, її тимчасова локалізація в інтервалі між заучуванням і відтворенням, тривалість інтервалу, ступінь первісного заучування т.п.

Результати ряду досліджень показали, що ретроактивне гальмування особливо сильне в тих випадках, коли діяльність, проміжна між заучуванням і відтворенням, є гомогенної, подібної з першопочатковим заучуванням. Подібність між двома видами діяльності може бути як у використовуваному матеріалі, так і в чиненій операції. Якщо заучування пар приголосних є першопочатковою діяльністю, то викреслювання приголосних у списку буде діяльністю, подібною по матеріалу, а заучування пар чисел – діяльністю, подібною до операції.

Будь-який вид подібності дає ретроактивне гальмування, але найбільший ефект виходить при комбінуванні обох видів подібності проміжної діяльності з основною (Дж. Гібсон, 1937).

Проактивне гальмування виявляється в погіршенні відтворення під впливом діяльності, що передує запам'ятовуванню матеріалу. Проактивне (пряме) гальмування викликається негативним впливом попередньої діяльності на утворення зв'язків у наступній діяльності.

Мета заняття. Вивчення ефектів ретроактивного гальмування й інтерференції мнемічних слідів. Дослідження включає три експерименти.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Випробуваний_____

Дата _____

Експериментатор_____

Час досліду_____

Словесний звіт випробуваного_____

Умови відтворення	Результати відтворення				Примітка
	1	2	3	4	
1. Безпосередньо 2. Після паузи в 15 сек. 3 Після множення чисел Новий ряд Відтворення нового ряду 4. Відтворення першого ряду					

Спостереження експериментатора:

У першому експерименті досліджується вплив побічної діяльності на утримання мнемічних слідів. В другому експерименті досліджується явище ретроградної амнезії в оперативній пам'яті. У третьому експерименті досліджуються ефекти інтерференції слідів у короткочасній пам'яті.

Експеримент 1

Методика включає три досліди, що будуються за однаковою схемою і відрізняються один від одного тільки характером пропонованого для запам'ятовування матеріалу: у першому досліді пред'являють зв'язані між собою слова, у другому – не зв'язані й у третьому – безглузді склади.

Процедура експерименту. Випробуваному в кожнім досліді послідовно на слух пред'являють три ряди з 4, 6 і 8 елементів із пропозицією відтворити їх у тім же порядку. Інтервали між пред'явленнями рядів – 2–3 хв, а між дослідами – 5 хв.

Випробуваний відтворює кожен ряд чотири рази:

1) безпосередньо після пред'явлення;

2) після паузи в 15 с;

3) після перемножування в умі заданих експериментатором двох

двозначних чисел (гетерогенне відволікання);

4) після гомогенного відволікання – запам'ятовування іншого ряду слів (у 1-му і 2-му дослідах) чи іншого ряду складів (у 3-му досліді).

Відтворені елементи рядів експериментатор фіксує в протоколі. Якщо був названий елемент, що не пред'являвся, то він записується в примітці до протоколу. Після кожного досліду фіксуються дані словесного звіту випробуваного і спостереження експериментатора.

Форма протоколів для рядів з 6 і 8 елементів аналогічна попередній формі.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити показник ретроактивного гальмування за формулою:

$$K_{PT} = \frac{A - B}{A} \times 100\%,$$

де А – число символів, відтворених безпосередньо, В – число символів, відтворених у тому випадку, коли за запам'ятовуванням слідувала яка-небудь діяльність (чи відпочинок).

2. Отримані дані звести в табл.

Зведена таблиця результатів

Наступна діяльність	Показник ретроактивного гальмування, %, для								
	Пов'язаних слів			Незв'яних слів			Безглуздих складів		
	4	6	8	4	6	8	4	6	8
Відпочинок Множення чисел Запам'ятовування слів (складів)									

3. По кожному досліду проаналізувати вплив пауз і відволікань (гетерогенного і гомогенного) на продуктивність відтворення і характер помилок відтворення (порушення порядку відтворення, інтерференція і т.п.) у міру збільшення довжини ряду пропонованих для запам'ятовування стимулів.

4. При порівнянні результатів, отриманих у всіх трьох дослідах, оцінити різницю у відтворенні зв'язаних і незв'язаних слів, а також безглуздих складів. Зіставити вплив пауз і відволікань на відтворення матеріалу різного ступеня усвідомлення.

Експеримент 2

Мета експерименту: виявити можливі минущі порушення оперативної пам'яті по ходу й у зв'язку з даною оперативною діяльністю.

Методика. Випробуваному на екрані дисплея послідовно з часом експозиції 2 с пред'являють цифри, перед якими стоїть знак додавання або віднімання. Задача випробуваного – додавати (чи віднімати в залежності від знака, що стоїть) пред'явлене число з останнім отриманим результатом. Сума (чи різниця) у всіх випадках не перевищує 9.

Отриманий результат у кожній пробі випробуваний вказує за допомогою миші на цифровому табло з 10 цифр від 0 до 9.

У ході експерименту, зненацька для випробуваного, перед пред'явленням чергової цифри дається яскравий спалах, що повинен викликати ретроградну амнезію (руйнування мнемічного сліду).

У досліді 50 пред'явлень з них у випадковому порядку вибираються 10, яким передує яскравий спалах.

Реєструються правильні і помилкові відповіді випробуваного і виділяються відповіді, що слідували за світловим спалахом.

Обробка й аналіз результатів

1. Виявити можливі помилки, що носять характер ретроградної амнезії, тобто виникаючі за рахунок стирання останнього результату і заміни його передостаннім.

2. Пояснити причини виникнення такого роду помилок в експерименті.

Експеримент 3

Ціль експерименту. Перевірка гіпотези про взаємну інтерференцію слідів як основну причину забування в короткочасній пам'яті. Передбачається, що чутливість до взаємної інтерференції між елементами повинна змінюватися прямо пропорційно частоті їхнього застосування. Асоціації, що біли у випробуваного до початку досліду, є джерелом як позитивного, так і негативного переносу в засвоєнні і збереженні в пам'яті послідовностей слідів. Передбачається, що інтерференція буде зростати швидше, ніж позитивний перенос. Тому обсяг короткочасної пам'яті для рідко уживаних слів повинний бути більше обсягу пам'яті для часто уживаних слів.

Методика. Використовується метод Л. Постмана. Випробуваному на слух пред'являють послідовності слів з високою і малою частотою

вживання. Варіюється довжина послідовностей. Обсяг короткочасної пам'яті виміряється в момент, коли переривається послідовність слів невизначеної довжини і випробуваному пропонують згадати останню частину повідомлення. Сигналом до відтворення є повторне пред'явлення слова, що вже зустрічалося в послідовності. Завдання полягає у відтворенні всіх слів, що знаходились в ряді за «сигнальним». Експериментатор фіксує в протоколі результати відтворення. Обсяг короткочасної пам'яті визначається числом елементів, відтворених у правильній послідовності їхнього розташування.

Обробка й аналіз результатів

1. Визначити обсяг короткочасної пам'яті (КП) для послідовностей слів з великою (ВЧ) і малою (МЧ) частотою вживання. Звести отримані дані в таблицю.

Зведена таблиця результатів

Частота вживання слів	Об'єм КП при довжині ряду						
	6	10	12	14	16	18	20
ВЧ МЧ							

2. Побудувати графік залежності обсягу короткочасної пам'яті від довжини пред'явленої послідовності для слів з великою і малою частотою вживання (дві криві на одному графіку). На графіку по осі абсцис – довжина ряду, по осі ординат – кількість правильно відтворених слів.

3. На підставі аналізу отриманих в експерименті даних показати, чи підтверджується гіпотеза про те, що основною причиною забування в короткочасній пам'яті є інтерференція мнемічних слідів.

Контрольні питання

1. Які критерії збереження матеріалу в пам'яті?
2. Які фактори впливають на збереження матеріалу?
3. У чому суть теорії згасання слідів і теорії інтерференції?
4. У чому виявляються ефекти проактивного і ретроактивного гальмування?
5. Що таке персеверація?

Стимульний матеріал до лабораторної роботи «Дослідження факторів, що впливають на збереження матеріалу в пам'яті»

Дослід 1а.

Зелене листя	Синє небо	Гострий ніж	Перше слово

Настільна лампа	Кольоровий олівець	Паровий млин	Достигле яблуко	Учнівська парта	Святковий калач

Електричний чайник	Білий гриб	Класний журнал	Грозова хмара	Психологічна наука	Солодка малина	Дубова колода	Молодий солдат

Дослід 1б.

Залізо корінь	Стеля поле	Ластівка годинник	Кисіль формула

Папірець роль	Перо поле	Група відсоток	Явище мета	Студент термометр	Будинок річка

Провідник характер	Залежний картка	Образ шлях	Урок галявина	Річка увага	Матеріал синтез	Вантаж розум	Ригідність окуляри

Дослід 1в.

Всхант	Кусвнх	Кзансх	Тонєщз

Аворок	Околом	Акабос	Яцисил	Іяншив	Анишам

Квосхн	Кхусво	Вносха	Шуасте	Квовсу	Хвоснк	Еаизат	Кнсвзі

Лабораторна робота № 9

Методика 1. «Модальність сприйняття»

Інструкція експериментатору:

Мета: визначити, які органи чуття швидше, відгукуються під час контактів людини з навколишнім світом.

Засоби: бланки, ручка (олівець).

Дослідження проводиться в групі. Експериментатор роздає листочки, просить підготувати ручки.

Інструкція експериментованому:

Повідомляється: Зараз Вам будуть зачитані запитання. Вам необхідно при стверджувальній відповіді поставити «+», при заперечній – мінус біля відповідної цифри.

Тест «Бачити, відчувати, чути».

Обробка результатів:

Ключ: А – зорове сприймання (№ 1, 5, 8, 10, 12, 6, 14, 19, 21, 23, 27, 31, 32, 39, 40, 42, 45).

Б – відчувати (отримувати інформацію органами чуття) – № 3, 4, 9, 11, 16, 18, 22, 25, 28, 29, 30, 35, 38, 41, 44, 47.

В – слухове сприймання (№ 2, 6, 7, 13, 15, 17, 20, 24, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 48).

1 бал – згоден на 1 питання. Сума балів вища 12 по 1-й групі питань дає змогу оцінити рівень модальності сприймання А, Б чи В.

Тест «Бачити, відчувати, чути».

1. Люблю спостерігати за хмарами та зірками.
2. Часто наспівую собі потихеньку.
3. Не визнаю модного одягу, якщо вона не зручна.
4. Полюбляю приймати ванну (паритися у лазні).
5. Для того, щоб мені сподобався одяг (автомашина), то головне щоб мене задовільняв колір.
6. Впізнаю по кроках, хто зайшов у кімнату.
7. Мене приваблює, коли наслідують голоси птахів, звірів, людей.

8. Багато часу проводжу біля дзеркала, присвячую увагу зовнішньому вигляду.
9. Люблю приймати масаж.
10. Коли є вільний час, люблю спостерігати за людьми.
11. Погано себе почуваю, коли довго змушений сидіти без руху.
12. Подивившись на костюм на вітрині я знаю, що буде він мені пасувати чи ні.
13. Коли почую стару мелодію, до мене повертається минуле.
14. Я часто читаю під час прийому їжі.
15. Дуже довго розмовляю по телефону.
16. Чітко відчуваю, коли набираю чи скидаю вагу.
17. Більше полюбляю слухати, як хтось читає розповідь, ніж читати самому.
18. Після невдалого дня мій організм стомлений.
19. Охоче і багато фотографую і малюю.
20. Довго пам´ятаю, що мені сказали друзі чи знайомі.
21. Легко віддаю гроші за квіти, тому що вони прикрашають життя.
22. Увечері люблю прийняти ванну, душ.
23. Намагаюсь записувати свої думки, особисті справи.
24. Часто розмовляю з самим собою.
25. Після тривалої поїздки на машині довго приходжу до тями.
26. Тембр голосу багато говорить мені про людину.
27. Дуже часто оцінюю людей за їх манерою одягатися.
28. Люблю розминатись, розправляти кінцівки, розтягувати м´язи.
29. Надмірно тверда чи м´яка постіль – це для мене мука.
30. Мені нелегко знайти зручне взуття.
31. Дуже люблю ходити в кіно.
32. Пізнаю обличчя, які бачив коли-небудь, навіть через роки.
33. Люблю ходити під дощем, коли краплі стукають по парасольці.
34. Вмію слухати співрозмовника.
35. Люблю танцювати, а у вільний час займатися фізкультурою.
36. Коли поблизу голосно «йде» годинник, то не можу зосередитись чи заснути.
37. В мене не погана фонотека, збираю записи.

38. Коли слухаю музику, то відбиваю такт ногою.
39. Під час відпочинку не люблю роздивлятися пам´ятки архітектури.
40. Не терплю безладдя.
41. Не люблю синтетичні тканини.
42. Вважаю, що комфорт багато залежить від освітлення кімнати.
43. Часто ходжу на концерти.
44. Потиск руки багато говорить мені про дану особистість.
45. Охоче відвідую галереї та виставки.
46. Серйозна дискусія – це захоплива справа.
47. Через дотик можна значно більше, ніж словами.
48. В галасі не можу зосередитись.

Лабораторна робота № 10

Методика 2. «Таблиці».

Інструкція експериментатору:

Мета: дослідити точність сприймання.

Засоби: таблиця (на якій зображено набори хаотичних з'єднань літер і осмислених фраз: перших 15-рядків-літери (по 8 в кожному) і наступні 15 рядків – фрази (по 3 слова в кожній).

Дослідження індивідуальне: експериментатор садить піддослідного перед таблицею і закриває і відкриває її через короткий проміжок часу по 1 рядку. Після послідовного перегляду 15 рядків експериментатор попереджує про показ фраз.

Інструкція експериментованому:

Уважно подивіться на таблицю, де на короткий час Вам буде показано об'єкт. Відтворіть все, що побачите (усна відповідь). Експериментатор записує її в протокол.

РЕЗУЛЬТАТИ:

Обробка результатів: заповнюється графа протоколу, наявний матеріал. Потім для кожного рядка визначається кількість правильно відтворених піддослідним літер: для кожного набору об´єктів вираховується середня кількість правильних відповідей (одиницею в обох випадках служить літера).

Фрази	
1	Річка риба берег
2	Ніч зорі місяць
3	Зима сніг мороз
Літери	
1	А К Л Я Б Ч О Г
2	М З Ц У П Х К Ф
3	Н А Р И Ф З С В

Лабораторна робота № 11

Методика № 3. Сприймання кутових величин.

Інструкція експериментатору:

Мета: виміряти точність сприймання.

Засоби: бланки, ручки, плакат, де зображено десять кутів від 35^0 до 138^0 під номерами і десять таких самих, позначених буквами.

Різниця між кутами $7–10^0$, лінійні величини кутів – 8–12 см. Кути під номерами і під буквами необов´язково мають бути ідентичними (різниця $2^0–3^0$). Плакат показується на 4 хв. Дослідження проводиться в групі. Експериментатор роздає листочки, готує плакат і годинник.

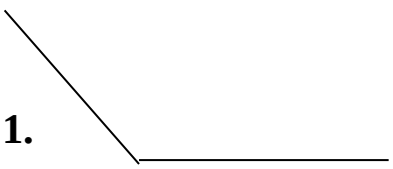
Інструкція експериментованим:

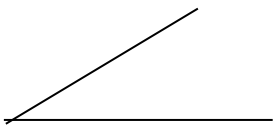
Зараз Вам покажуть плакат, на якому зображені кути. Ваше завдання – визначити, які кути рівні і біля кожної цифри на бланку поставити відповідну букву. Працюйте швидко, бо завдання розраховане на 4 хв.

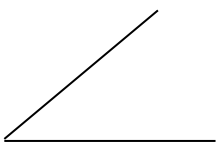
РЕЗУЛЬТАТИ:

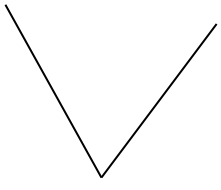
Обробка результатів:

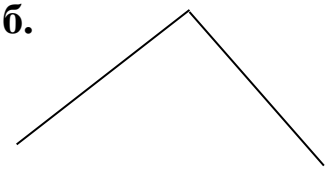
Ключ: А – 4, Б – 5, В – 6, Г – 7, Д – 10, Е – 2, Д – 1, З – 8, И – 3, К – 9.

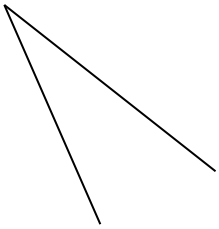
1. 

2. 

3. 

а. 

б. 

в. 

Лабораторна робота № 12

Методика № 4. Спостережливість.

Інструкція експериментатору:

Мета: Встановити рівень спостережливості.

Засоби: 2 малюнки не складні за сюжетом і кількістю об'єктів, однакові крім наперед передбачених 10 відмінностей (відсутня чи по-іншому розміщена окрема деталь).

Дослідження індивідуальне. Експериментатор готує малюнки та бланки і малюнки з відмінностями, які роздає на 1–2 хв.

Інструкція експериментованому:

Зараз Ви отримаєте малюнки, які де в чому відмінні між собою. Розгляньте їх уважно і намагайтеся запам'ятати як найбільше відмінностей. Через 2 хв я зберу малюнки, а Ви маєте записати відмінності на бланк.

РЕЗУЛЬТАТИ:

Обробка результатів: підрахувати кількість правильно знайдених відмінностей, з них вирахувати помилкові вказівки, неіснуючі відмінності. Отримана різниця ділиться на фактичну кількість відмінностей (10). Чим більш ближча отримана кількість до 1, тим вищий рівень розвитку спостережливості.

Лабораторна робота № 13

Методика № 5. Шкали приладів.

Інструкція експериментатору:

Мета: вивчити зорове сприймання.

Засоби: 9 шкал приладів, виконані в одному масштабі, але відрізняються формою, ціною поділки, оцифренням і направленням відліку. Кожна шкала має стрілку, що вказує на якесь число.

Дослідження проводиться в групі. Експериментатор роздає бланки, вивішує таблиці з шкалами на дошці, просить підготувати ручки.

Інструкція експериментованим:

Інструкція: Зараз я Вам буду показувати таблиці. Необхідно як-

найшвидше визначити, на які числа вказують стрілки на кожній шкалі. Навпроти кожної цифри Вам потрібно поставити число, яке показує стрілка. Час обмежений.

РЕЗУЛЬТАТИ:

Обробка результатів:

Ключ: А – 3,5; Б – 0,45; В – 5,9; Д – 1,3; К – 4,8; Е – 6; И – 2; Д – 9; З – 7,5.

Лабораторна робота № 14

Методика № 6. Окомір.

Інструкція експериментатору:

Мета: оцінка окоміра

Засоби: плакат із зображеним на ньому відрізками і геометричними фігурами, бланки.

Дослідження групове: плакат повісити на дошці і закрити папером або перевернути.

Інструкція експериментованим:

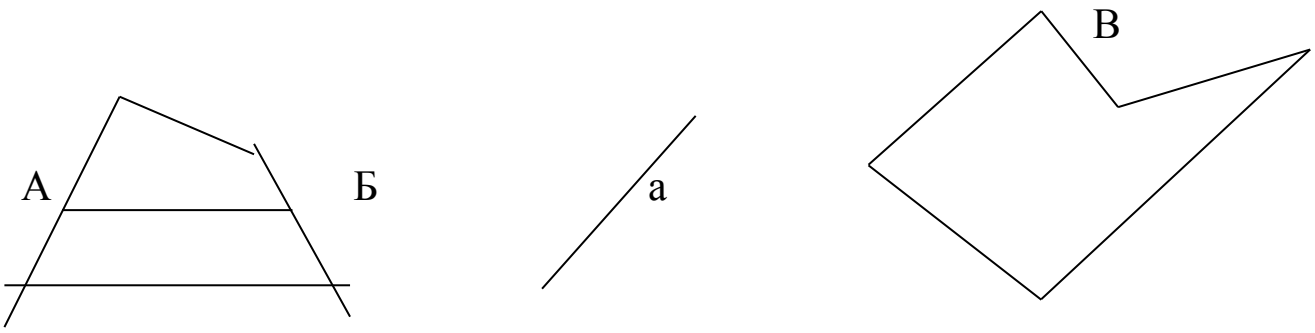
Я буду проводити обстеження окоміром, спробуємо зробити це у формі змагань. За сигналом Ви уважно подивитесь на плакат і серед вертикальних рисок знайдете на око ті, які дорівнюють за довжиною відрізкам а,б,в, АБ, ВГ, ДЕ. Поставте біля цих відрізків номер рисочки, яка за довжиною дорівнює кожному з них.

РЕЗУЛЬТАТИ:

Обробка даних: підрахуйте кількість правильно знайдених рисок кожним учнем, знайти середнє значення для класу. Оцінку рівня окоміра проводиться в порівнянні з середнім для класу результатом.

Ключ:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.



Лабораторна робота № 15

Методика № 7. Компас.

Інструкція експериментатору:

Мета: дослідити сприймання просторових ознак.

Засоби: плакат, на якому схематично зображено по 5 компасів в кожному рядку. Рядків – 10.

Дослідження групове: Експериментатор просить взяти ручки, листки паперу, вивішує плакат на дошці. На протязі 10 хв необхідно відносно однієї точки відліку сторін світу, відтворюючи сторони світу в уяві, визначити, куди показує в напрямку, вказаному на початку рядка.

Інструкція експериментованим:

Вам знайоме розташування сторін світу на компасі: Північ – зверху, Південь – внизу, Захід – зліва, Схід – справа (показати на демонстраційному плакаті). На даному плакаті схематичні зображення компасів зі стрілками, на них вказаний лише один напрямок. Вам потрібно уявити інші сторони світу, беручи до уваги те, що компаси перевернуті, або нахилені. (Показати декілька варіантів відшукування напрямку стрілки на плакаті). Ваша задача визначити, куди показують стрілки на кожному компасі і найти ті з них, які відповідають напрямку, позначеному на початку рядка. (Показати). Номера цих компасів підкреслити. Час на роботу – 10 хв.

РЕЗУЛЬТАТИ:

Обробка результатів: Оцінка в балах виводиться по таблиці:

Бали	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кількість правильних відповідей	18	17	16	14 – 15	12 – 13	10 – 11	8 – 9	6 – 7	5

Лабораторна робота № 16

Методика 8. Годинники.

Інструкція експериментатору:

Мета: дослідити сприймання просторових ознак.

Засоби: Плакат із зображенням 45 циферблатів, на яких по 1 числу, біля будь-якої години, а циферблат повернутий на невизначену кількість градусів. Дослідження проводиться в групі. Експериментатор просить взяти ручки, листки паперу, вивішує плакат на дошці. На протязі 10 хв. Необхідно визначити, який час показують стрілки.

Інструкція експериментованим:

Перед Вами плакат, на якому намальовані ряди циферблатів зі стрілками, циферблати повернуті навколо осі. Вони в незвичайному положенні. Треба орієнтуючись на одну цифру, яка показує яку-небудь годину, визначити час на кожному циферблаті. Положення годинників потрібно уявити.

РЕЗУЛЬТАТИ:

Обробка результатів: Оцінка в балах виводиться по таблиці:

Бали	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кількість правильних відповідей	37	34 – 36	30 – 33	25 – 29	20 – 24	15 – 19	8 – 14	4 – 7	3

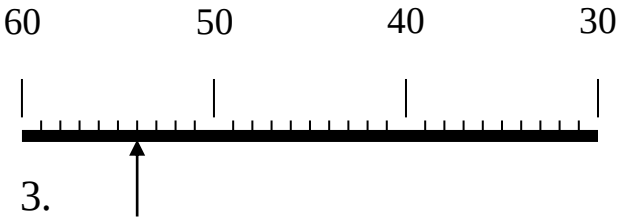
Покази шкал

Варіант № 1

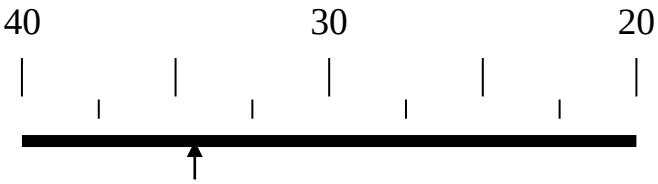
№ шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
покази	54	34	38	27	130	252	-6	27	66	22

Варіант № 2

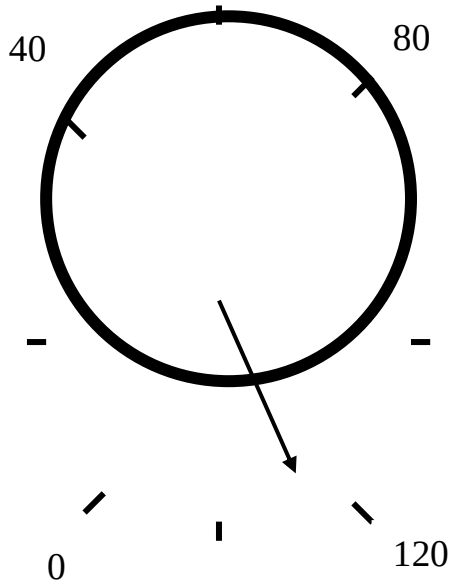
№ шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
покази	46	22,5	28	76	110	380	6	20	120	37



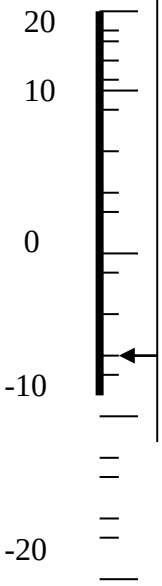
3.



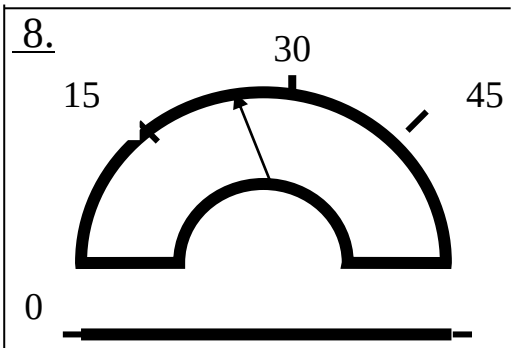
5.



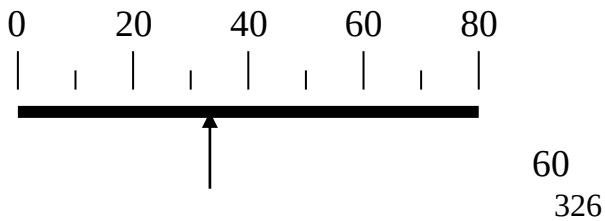
7.



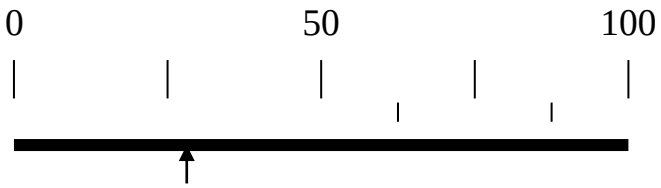
8.



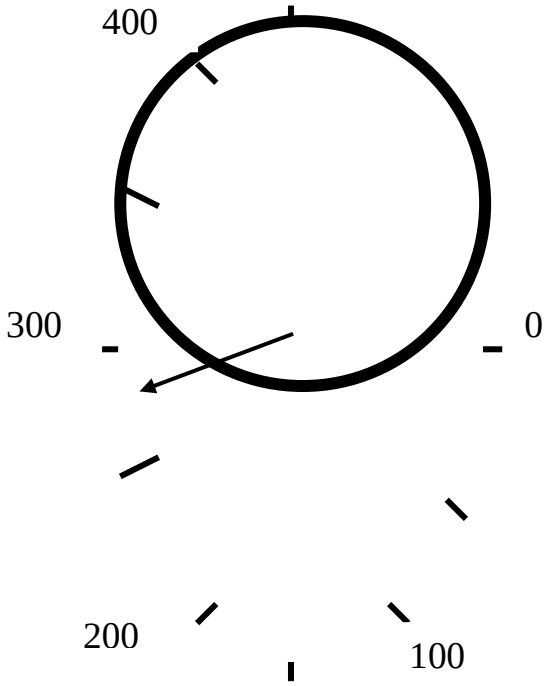
2.



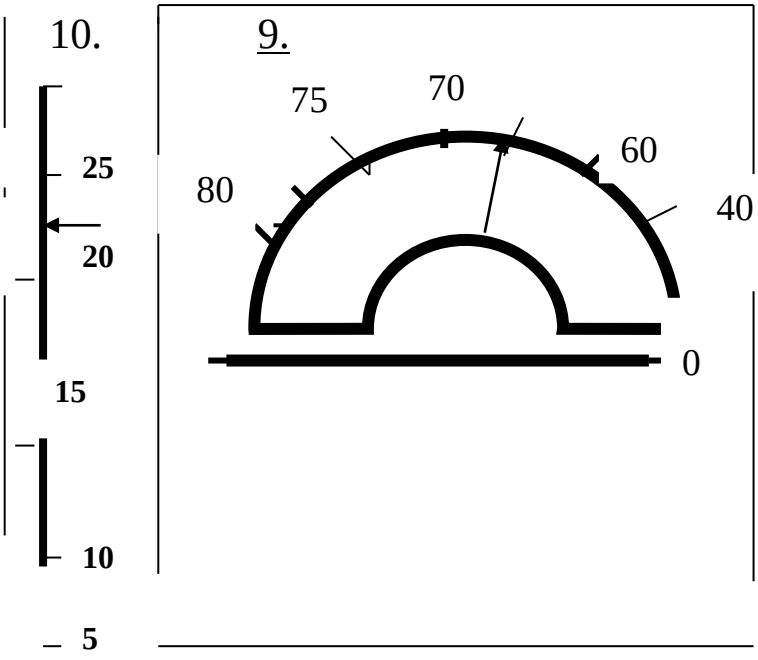
4.



6.

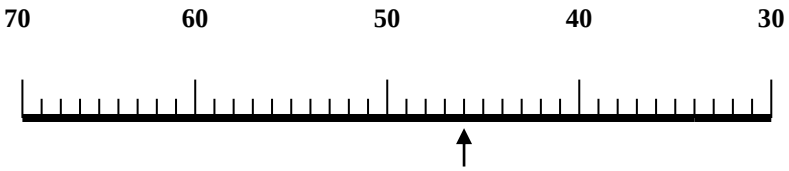


10.



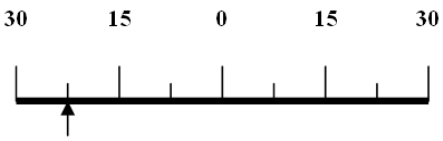
9.

1.

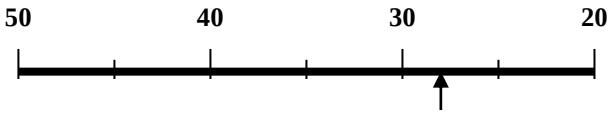


2.

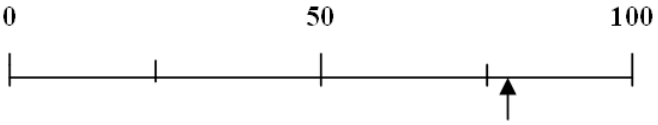
2.



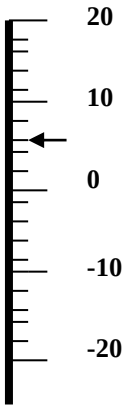
3.



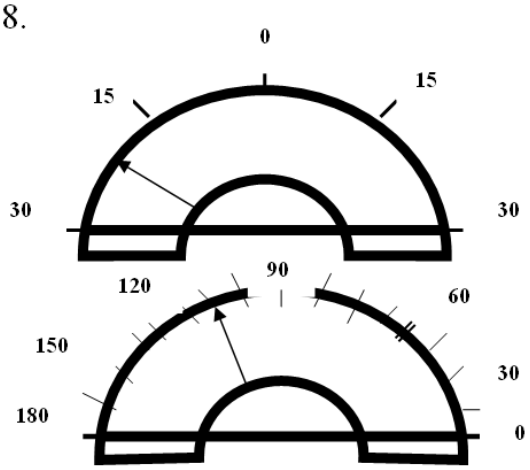
4.



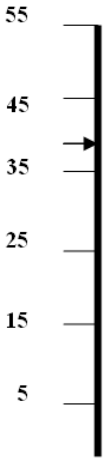
7.



8.

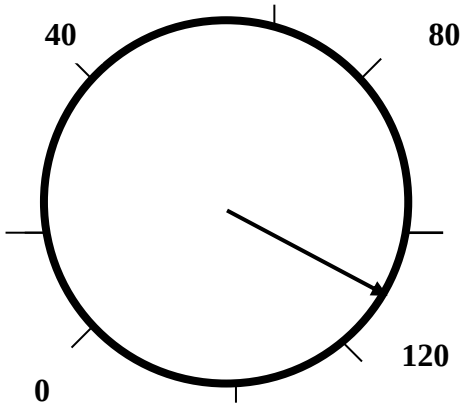


9.

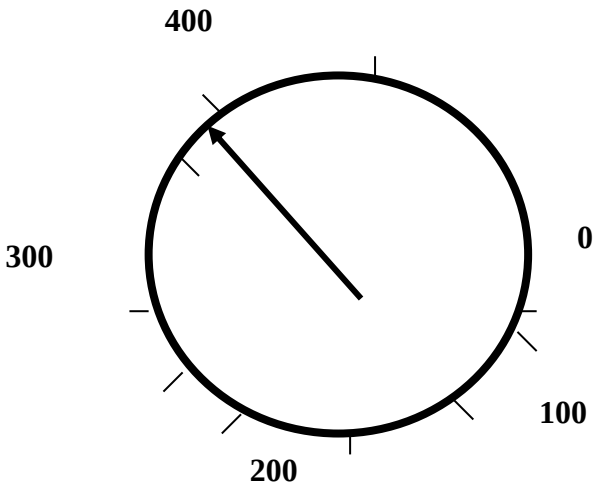


10.

5.



6.



Лабораторна робота № 17

Тема: Діагностика ригідно-гнучкого пізнавального контролю.
Мета: Вивчення феномену Струпа.
Обладнання: секундомір, три карти на кожній з яких надруковані:

1. сто слів, які позначають назви п’яти основних кольорів;
2. сто зірочок тих же п’яти основних кольорів;
3. сто слів, що позначають назви тих же кольорів, причому назва кольору не відповідає кольору фарби якою надруковано слово.

Теоретична довідка

Методика словесно-кольорової інтерференції розроблена Струпом (Stroop) в 1953 році. В методиці досліджуваному послідовно пред’являється три карти. На першій – сто слів, що позначають назви п’яти основних кольорів. На другій – сто зірочок тих же п’яти основних кольорів. На третій – сто слів, що позначають назви тих же кольорів, причому назва кольору не відповідає кольору фарби якою надруковано слово. Наприклад, слово «червоний» надруковано жовтою фарбою, слово «синій» – зеленою і т.д.

Показник ригідності-гнучкості: різниця по часу виконання завдання по третій карті (кольорові слова) і другій карті (колір) у вигляді $T_3 – T_2$. Чим більша ця різниця, тим більш виражений ефект інтерференції і, отже, більш виражена ригідність пізнавального контролю.

Як видно, інтерференція в даному випадку є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій: досліджуваний повинен ігнорувати (придушувати) вплив значення слова і назвати колір, який він бачить. Низька інтерференція свідчить про здатність гальмувати більш сильні за своєю природою вербальні функції заради сприйняття кольору, висока – про велику «силу» вербальних і «слабкість» сенсорно-перцептивних функцій при їх конфлікті.

Методика Струпа дозволяє одержати додатковий показник «вербальності», запропонований Д. Броверманом. він визначається як співвідношення часу виконання завдання по другій (колір) і першій (слова) картах у вигляді $\frac{T_2}{T_1}$. Високе значення цього показника свідчить про переважання словесного способу переробки інформації, низькі –

сенсорно-перцептивного (Broverman, 1960). Показник інтерференції Броверман інтерпретує як ступінь автоматизації пізнавальних функцій (ступінь їх незалежного функціонування).

Інструкція (до першої карти). Як можна швидше прочитати слова.

(До другої карти). Як можна швидше назвати колір зірочок.

(До третьої карти). Як можна швидше назвати колір, яким надруковане кожне слово.

Обробка результатів.

Дані дослідження заносяться в таблицю.

	Карта 1	Карта 2	Карта 3
	T_1=	T_2 =	T_3 =
Показник інтерференції	$T_3 – T_2$ =		
Показник “вербальності”	T_2/T_1 =		

Інтерпретація експериментальних даних. Показник ригідності-гнучкості: різниця по часу виконання завдання по третій карті (кольорові слова) і другій карті (колір) у вигляді $T_3 – T_2$. Чим більша ця різниця, тим більш виражений ефект інтерференції і, отже, більш виражена ригідність пізнавального контролю.

Як видно, інтерференція в даному випадку є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій: досліджуваний повинен ігнорувати (придушувати) вплив значення слова і назвати колір, який він бачить. Низька інтерференція свідчить про здатність гальмувати більш сильні за своєю природою вербальні функції заради сприйняття кольору, висока – про велику «силу» вербальних і «слабкість» сенсорно-перцептивних функцій при їх конфлікті.

Методика Струпа дозволяє одержати додатковий показник «вербальності», запропонований Д. Бровермaном. він визначається як співвідношення часу виконання завдання по другій (колір) і першій (слова) картах у вигляді $\frac{T_2}{T_1}$. Високе значення цього показника свідчить про переважання словесного способу переробки інформації, низькі – сенсорно-перцептивного (Broverman, 1960). Показник інтерференції Броверман інтерпретує як ступінь автоматизації пізнавальних функцій (ступінь їх незалежного функціонування).

Контрольні запитання

1. В чому полягає феномен Струпа?
2. Про що свідчить низький (високий) показник $T_3 - T_2$?
3. Що таке показник «вербальності»? Про що свідчить високе (низьке) значення цього показника?

Стимульний матеріал до методики Струпа (карта 3).

ЧЕРВОНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЧЕРВОНИЙ
ЧОРНИЙ	СИНІЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЖОВТИЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ
СИНІЙ	СИНІЙ	ЧОРНИЙ
ЧЕРВОНИЙ	ЧЕРВОНИЙ	СИНІЙ
ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ	ЧОРНИЙ
ЖОВТИЙ	ЧОРНИЙ	ЧЕРВОНИЙ
ЧОРНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ
СИНІЙ	ЧЕРВОНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЧОРНИЙ	ЧОРНИЙ	СИНІЙ
ЧЕРВОНИЙ	ЖОВТИЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЖОВТИЙ	СИНІЙ	СИНІЙ
ЗЕЛЕНИЙ	ЧЕРВОНИЙ	ЧЕРВОНИЙ
СИНІЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ
ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ	ЧОРНИЙ
СИНІЙ	ЧОРНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЧЕРВОНИЙ	СИНІЙ	ЧЕРВОНИЙ
ЖОВТИЙ	ЧОРНИЙ	ЧОРНИЙ
ЧОРНИЙ	ЧЕРВОНИЙ	ЖОВТИЙ
ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ	СИНІЙ
ЧЕРВОНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЧЕРВОНИЙ
ЧОРНИЙ	СИНІЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЖОВТИЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ
СИНІЙ	СИНІЙ	ЧОРНИЙ
ЧЕРВОНИЙ	ЧЕРВОНИЙ	СИНІЙ
ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ	ЧОРНИЙ
ЖОВТИЙ	ЧОРНИЙ	ЧЕРВОНИЙ
ЧОРНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ	ЖОВТИЙ
СИНІЙ	ЧЕРВОНИЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЧОРНИЙ	ЧОРНИЙ	СИНІЙ
ЧЕРВОНИЙ	ЖОВТИЙ	ЗЕЛЕНИЙ
ЖОВТИЙ	СИНІЙ	СИНІЙ

ЧЕРВОНИЙ ЧОРНИЙ
ЖОВТИЙ ЗЕЛЕНИЙ

Стимульний матеріал до методики Струпа (карта 2)

КЛМНОПРС
ПРСТУФ
КЛМН
АБВГД
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
АБВГД
КЛМНОПРС
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
КЛМН
АБВГД
ПРСТУФ
ЕЮЯ
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
АБВГД
КЛМНОПРС
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
КЛМН
АБВГД
ПРСТУФ
ЕЮЯ
ПРСТУФ
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
АБВГД
КЛМН
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
КЛМН

ПРСТУФ
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
АБВГД
ЕЮЯ
КЛМН
АБВГД
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
АБВГД
КЛМНОПРС
ЕЮЯ
АБВГД
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
АБВГД
КЛМНОПРС
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
КЛМН
АБВГД
ПРСТУФ
ЕЮЯ
ПРСТУФ
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
АБВГД
КЛМН
КЛМНОПРС
ПРСТУФ

КЛМНОПРС
КЛМН
АБВГД
ПРСТУФ
ЕЮЯ
ПРСТУФ
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
АБВГД
КЛМН

КЛМН
АБВГД
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
ПРСТУФ
АБВГД
КЛМНОПРС
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
КЛМН
АБВГД
ПРСТУФ
ЕЮЯ
ПРСТУФ
ЕЮЯ
КЛМНОПРС
АБВГД
КЛМН

Стимульний матеріал до методики Струпа (карта 1).

1. ЧЕРВОНИЙ
1. ЧОРНИЙ
2. ЖОВТИЙ
3. СИНІЙ
4. ЧЕРВОНИЙ
5. ЗЕЛЕНИЙ
6. ЖОВТИЙ
7. ЧЕРВОНИЙ
8. ЧОРНИЙ
9. ЖОВТИЙ
10. СИНІЙ
11. ЧЕРВОНИЙ
12. ЗЕЛЕНИЙ
13. ЖОВТИЙ
14. ЧОРНИЙ
15. СИНІЙ
16. ЧОРНИЙ
17. ЧЕРВОНИЙ
18. ЖОВТИЙ
19. ЗЕЛЕНИЙ
20. СИНІЙ
21. ЗЕЛЕНИЙ
22. СИНІЙ
23. ЧЕРВОНИЙ
24. ЖОВТИЙ
25. ЧОРНИЙ
26. ЗЕЛЕНИЙ
27. ЧЕРВОНИЙ
28. ЧОРНИЙ
29. ЖОВТИЙ
30. СИНІЙ
31. ЧЕРВОНИЙ
32. ЗЕЛЕНИЙ
33. ЖОВТИЙ
34. ЧОРНИЙ
35. СИНІЙ
36. ЧОРНИЙ
37. ЧЕРВОНИЙ
38. ЖОВТИЙ
39. ЗЕЛЕНИЙ
40. СИНІЙ
41. ЗЕЛЕНИЙ
42. СИНІЙ
43. ЧЕРВОНИЙ
44. ЖОВТИЙ
45. ЧОРНИЙ
46. ЗЕЛЕНИЙ
47. ЧЕРВОНИЙ
48. ЧОРНИЙ
49. ЖОВТИЙ
50. СИНІЙ
51. ЧЕРВОНИЙ
52. ЗЕЛЕНИЙ
53. ЖОВТИЙ
54. ЧОРНИЙ
55. СИНІЙ
56. ЧОРНИЙ
57. ЧЕРВОНИЙ
58. ЖОВТИЙ
59. ЗЕЛЕНИЙ
60. СИНІЙ
61. ЗЕЛЕНИЙ
62. СИНІЙ
63. ЧЕРВОНИЙ
64. ЖОВТИЙ
65. ЧОРНИЙ
66. ЗЕЛЕНИЙ
67. ЧЕРВОНИЙ
68. ЧОРНИЙ
69. ЖОВТИЙ
70. СИНІЙ
71. ЧЕРВОНИЙ
72. ЗЕЛЕНИЙ
73. ЖОВТИЙ
74. ЧОРНИЙ
75. СИНІЙ
76. ЧОРНИЙ
77. ЧЕРВОНИЙ
78. ЖОВТИЙ
79. ЗЕЛЕНИЙ
80. СИНІЙ
81. ЗЕЛЕНИЙ
82. СИНІЙ
83. ЧЕРВОНИЙ
84. ЖОВТИЙ
85. ЧОРНИЙ
86. ЗЕЛЕНИЙ
87. ЧОРНИЙ
88. СИНІЙ
89. ЧОРНИЙ
90. ЧЕРВОНИЙ
91. ЖОВТИЙ
92. ЗЕЛЕНИЙ
93. СИНІЙ
94. ЗЕЛЕНИЙ
95. СИНІЙ
96. ЧЕРВОНИЙ
97. ЖОВТИЙ
98. ЧОРНИЙ
99. ЗЕЛЕНИЙ

КЛМНОПРС	ЧЕРВОНИЙ
ПРСТУФ	ЧОРНИЙ
КЛМН	ЖОВТИЙ
АБВГД	СИНІЙ
ЄЮЯ	ЧЕРВОНИЙ
КЛМНОПРС	ЗЕЛЕНИЙ
ПРСТУФ	ЖОВТИЙ
АБВГД	ЧЕРНИЙ
КЛМНОПРС	СИНІЙ
ЄЮЯ	ЧЕРНЫЙ
КЛМНОПРС	ЧЕРВОНИЙ
КЛМН	ЖОВТИЙ
АБВГД	ЗЕЛЕНИЙ
ПРСТУФ	СИНІЙ
ЄЮЯ	ЗЕЛЕНИЙ
ПРСТУФ	СИНІЙ
ЄЮЯ	ЧЕРВОНИЙ
КЛМНОПРС	ЖОВТИЙ
АБВГД	ЧОРНИЙ
КЛМН	ЗЕЛЕНИЙ

Лабораторна робота № 18

Тема: Вимірювання стійкості і концентрації уваги (коректурна проба Бурдона-Анфімова)

Дослідження стійкості і концентрації уваги були викликані потребами практики, зокрема пошуком умов безаварійної роботи, зниження травматизму, підвищення продуктивності праці. Вибір того чи іншого експериментального методу дослідження уваги обумовлений тим, який саме вид уваги підлягає вивченню. Так, при визначенні стійкості мимовільної уваги найчастіше використовують апаратурні методи, а при дослідженні довільної уваги обов'язковою умовою є облік активності самого суб'єкта. В останньому випадку найбільш розповсюдженим методом є коректурна проба. Дослідження стійкості уваги важливо проводити в динаміці.

У даному занятті використовується коректурна проба Бурдона-Анфімова (викреслювання заданих букв на бланку), виконувана на фоні перешкод. Умовним показником стійкості уваги є зміна швидкості вибору. Тому що в даному завданні не один стимул, а декілька *(m_n)* і відповідно часових проміжків буде декілька *(T_n),* та зміна швидкості вибору протягом усього завдання буде визначатися наступним виразом:

$$\frac{m_1}{T_1} + \frac{m_n}{T_n}$$

Умовним показником концентрації уваги (*K'* и *K")* є відношення коефіцієнта точності виконання завдання на фоні перешкод *(A_n* і *A'_n)* до точності виконання завдання без перешкод *($A'_{бп}$* і *$A''_{бп}$):*

$$K = \frac{A_n}{A_{бп}}$$

Розрахунки коефіцієнта точності як для умов перешкод так і умов без перешкод, робляться по загальному принципу, відбитому у формулі Уіппла:

$$A = \frac{N - r}{N + p},$$

де N – загальна кількість знайдених стимулів; r – кількість невірно знайдених стимулів; p – кількість пропущених стимулів.

Оснащення експерименту. Перед проведенням заняття необхідно підготувати для кожного випробуваного по друкованому бланку коректурної проби Бурдона-Анфімова. Ці бланки містять стандартний набір букв російського алфавіту, розташованих построчно у випадковому порядку. Усього в бланку 40 рядків по 30 букв у кожнім. Самому експериментатору треба мати програмний бланк і секундомір. До початку досліду кожен випробуваний заготовлює таблицю для реєстрації результатів проби.

Порядок роботи. Заняття групове. Веде його викладач чи його помічник-експериментатор. Експериментатор видає кожному випробуваному стандартний бланк коректурної проби і повідомляє інструкцію.

Інструкція випробуваному: «Переглядаючи ліворуч праворуч кожен рядок у бланку, ви повинні викреслювати вертикальною рисою букви «р» і «до». Завдання варто виконувати швидко і точно. Крім того, по моєму сигналі «Риска!» ви повинні будете проставляти вертикальну рису в тієї букви, у якої вас застав мій сигнал, а потім продов-

жити виконувати завдання до наступного мого сигналу. І так далі до кінця бланка».

Протягом досліду експериментатор фіксує, вимовляючи слово «чорта», 30-секундні проміжки часу. На 2-й і 4-й хвилинах досліду експериментатор, не попереджаючи випробуваних, уводить перешкоди, називаючи вголос протягом 15 з які-небудь букви алфавіту. Робота з коректурним бланком розрахована на 5 хв.

Результати виконання завдання кожен випробуваний визначає сам і фіксує їх у протоколі.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Завдання_____

Дата_____

Експериментатор_____

Випробуваний_____

Його самопочуття_____

Вимірювана характеристики_____

Вид стимула _____

Результати коректурної проби

Часові проміжки (30 с)	**Фон**	**Відповіді випробуваного (на коректурному бланку)**			**Характеристики уваги**			
		Вірні (m)	**Помилкові**		**Швидкість вибору (S)**	**Коефіцієнт точності (A)**	**Теж середнє значення ()**	**Показник концентрації (K)**
			r	**p**				
1 2 3 4	Без перешкод Теж саме З перешкодами (І) Без перешкод					A_1 A_2 A_n’ A_4	} $A’_{бп}$	} K’

5 6 7 8 9 10	Теж саме “ “ З перешкодами (II) Без перешкод Теж саме “ “					A_5 A_6 A_n”	} $A”_{бп}$	} K”

Обробка результатів

1. Звірити результати в коректурному бланку з програмою експериментатора.

2. Підрахувати в коректурному бланку тимчасові проміжки *(T_1...T_{10})* по мітках вертикальними лініям.

3. Підрахувати число правильних відповідей *(m)* для кожного тимчасового проміжку.

4. Визначити показники швидкості вибору (S) для кожного тимчасового проміжку окремо (S_1...S_{10}) відповідно до формули: $S = \frac{m}{T}$.

5. Побудувати графік, умовно названий графіком динаміки стійкості уваги, для чого на осі абсцис відкласти всі 30-секундні відрізки *(T_1...T_{10}), а* на осі ординат – швидкості вибору (S_1..S_{10}).

6. Обчислити коефіцієнти точності уваги до впливу 1-ої *($A’_{бп}$)* і 2-ої *($A''_{бп}$)* перешкод. Тому що до 1-ої перешкоди два тимчасових проміжки, то $A’_{бп}$ обчислюється як середнє арифметичне з A_1+A_2. Аналогічно й $A''_{бп}$ повинне обчислюватися як середнє з A_4+A_5+A_6..

7. Визначити значення показника концентрації уваги *(K’* і *K”)*.

8. Разом з експериментатором визначити середні значення *K* и *K''* для всієї групи випробуваних.

При **аналізі** результатів експерименту на графіках простежите індивідуальну динаміку стійкості уваги протягом усього завдання. Зверніть увагу на зміну показників швидкості виконання завдання на 2-й і 4-й хвилинах (тобто S_3 і S_7). Зробити висновки про вплив перешкод на стійкість уваги. Зіставте свої показники концентрації уваги із середньогруповими показниками і зробіть висновки про індивідуальні особливості.

Контрольні питання

1. Дайте визначення стійкості і концентрації уваги.
2. Які умовні кількісні показники використовуються для вимірювання стійкості і концентрації уваги?
3. Яка вимірювальна шкала використана в даному завданні?
4. Яка загальна особливість експериментальних досліджень стійкості уваги?

Лабораторне заняття № 19

Тема: Дослідження характеристик довільної уваги методом інтелектуальної проби.

Вступні зауваження. Вибір методу вивчення довільної уваги визначається задачами дослідження. Загальним принципом побудови експерименту є створення такої лабораторної ситуації, при якій випробуваному необхідно прикласти зусилля для підтримки спрямованості і зосередженості психічної активності. Це досягається шляхом варіювання рівня складності стимулів, способів їх пред'явлення, а також врахування станів випробуваного.

У даному експерименті довільну увагу досліджують методом інтелектуальної проби. Метод полягає в пошуку, розрізненні і реєстрації простих і парних чисел, об'єднаних у групи по три числа в кожній. Експериментатор читає вголос ряд випадкових чисел. Характеристиками довільної уваги в цьому випадку будуть розподіл і стійкість уваги, а непрямим показником розподілу уваги – коефіцієнт розподілу уваги (С). Його обчислюють як результат відношення кількості правильно зареєстрованих випробуваним простих чисел *(a) і* трійок парних чисел *(b)* до загальної кількості відповідно до програми експериментатора. Таким чином, результат завжди є число менше 1, а при кількості правильних відповідей *(m)* рівному запрограмованій загальній кількості парних і простих чисел *(N):*

$$C = \frac{m}{N} \leq 1.$$

Більше значення величини С означає кращий розподіл уваги Іноді порівнюють індивідуальні показники випробуваних із середніми даними по групі ($С_{гр}$). Тоді значення С може бути і більше 1. У такому

випадку якісно увага оцінюється в такий спосіб:

Відмінна: $C \geq 1,25\ C_{гр}$.

Добра: $1,0\ C_{гр} < C < 1,25\ C_{гр}$.

Задовільна: $0,75\ C_{гр} < C < 1,0\ C_{гр}$.

Погана: $C < 0,75\ C_{гр}$.

Стійкість уваги оцінюють так: будують графік під умовною назвою «Графік стійкості уваги», для чого на осі абсцис відкладають всі 1 хв відрізки часу, а на осі ординат швидкість вибору.

Метою даного завдання є визначення характеристик розподілу і стійкості довільної уваги при виконанні завдання на цифровому матеріалі. Задача випробуваного полягає у виявленні і записі трійок простих і парних чисел.

Оснащення експерименту. Для проведення заняття експериментатору потрібний цифровий бланк, на якому у випадковому порядку розташовано 300 чисел (від 1 до 29). Серед них частина цифр зустрічається групами, утворюючи трійки – всього п’ять трійок простих чисел (наприклад, таких як 13; 19; 17) і п’ять трійок парних чисел (наприклад: 22; 16; 4). Числа в бланку розподілені таким чином, що протягом 1 хв випробуваний може встигнути зареєструвати лише одну трійку. Швидкість читання експериментатором – одне число за 2 с. Для реєстрації часу експериментатору необхідний секундомір.

Перед початком роботи випробувані заготовляють таблицю для протокольних записів.

Порядок роботи. Заняття групове. Викладач чи його помічник-експериментатор повідомляє випробуваному інструкцію.

Інструкція випробуваному: «Вам будуть зачитані розташовані у випадковій послідовності числа від 1 до 29. Серед них зустрічаються такі що ідуть підряд по три простих і по три парних числа. Як тільки ви знайдете на слух будь-яку трійку таких чисел, запишіть їх у протоколі. Якщо ви знайдете іншу кількість чисел (більше чи менше), їх записувати не слід. За сигналом експериментатора «Риска!» ви робите відповідні позначки в протоколі біля тієї цифри, біля якої вас застав сигнал».

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Результати інтелектуальної проби

Часові проміжки *T* в хв.	Стимул-трійки чисел			Відповіді досліджуваного			Характеристики уваги	
	Номер трійки чисел	Простих *(a)*	Парних *(b)*	Загальна к-сть правильних *(m)*	В тому числі		Швидкість вибору *(S)*	Коефіцієнт розподілу *(C)*
					Прості числа	Парні числа		
1 … 10								

Потім експериментатор приступає до читання цифрового матеріалу, регулюючи його швидкість за секундоміром. Через кожну хвилину він подає команду «Риска!». Експеримент закінчується після прочитання всього бланка.

Обробка результатів

1. Звірити відповіді випробуваного з програмним бланком експериментатора.

2. По позначках – вертикальних лініях, зробленим випробуваним у протоколі, визначити тимчасові проміжки виконання завдання $(T_1...T10)$.

3. Визначити загальну кількість правильно зареєстрованих трійок чисел *(m)* протягом усього досліду.

4. Обчислити швидкість вибору *(S)* для кожного тимчасового проміжку за формулою:

$$S = \frac{m}{T}$$

Аналізуючи результати експерименту, зробіть якісний аналіз показника *C* за схемою, приведеною у вступних зауваженнях до завдання. Зробіть висновки про вплив характеру стимульного матеріалу на характеристики довільної уваги.

Контрольні питання

1. Дайте визначення довільної уваги.
2. Які характеристики довільної уваги досліджуються в даному експерименті?
3. Яка вимірювально-оцінна шкала використовується в процедурі досліду?
4. Як ви думаєте, у яких видах практичної діяльності може бути використана дана методика?

Лабораторна робота № 20

Тема: Дослідження переключення уваги (за допомогою таблиць Шульте в модифікації Марищука, Сисоєва і ін.)

Вступні зауваження. Експериментальне дослідження переключення уваги є одним з важливих для практики напрямків дослідження характеристик уваги. Фахівцями встановлено, що в ряді професій (наприклад, при пілотуванні літаків чи багатоверстатному обслуговуванні) швидке переключення уваги є необхідною умовою ефективності діяльності. Варіювання експериментальних прийомів дослідження переключення уваги ґрунтується на різноманітності стимульного матеріалу і способів роботи з ним випробуваного. Однак у всіх випадках задача випробуваного полягає в сполученому виконанні двох чи більше завдань експериментатора. Потім проводиться зіставлення показників швидкості вибору в умовах сполученого виконання дій ($S_{сов}$) і без нього ($S_{бс}$). Цю величину розглядають як умовний показник переключення уваги:

$$П = \frac{S_{сов}}{S_{бс}} \leq 1.$$

Стимульним матеріалом у даному завданні служать таблиці Е. Шульте в модифікації В. Марищука і І. Сисоєва, тобто чорно-червоні таблиці з буквеними символами. Задачею випробуваного є одночасний рахунок чисел двох колірних рядів: одного в зростаючій послідовності й іншого – в спадаючій.

ПРОТОКОЛ ЗАНЯТТЯ

Результати виборів символів

Етап дослідду	Програма (стимул)	К-сть правильних виборів чисел *(m)*	Час вибору чисел *(T)*, сек.			Швидкість вибору чисел *(S)*		Умовний показник переключення *(П)*	
			Загальний	Чорних	Червоних	Чорних	Червоних	Чорних	Червоних
I II III	Чорні числа Червоні числа Чорні + червоні числа			–	–	$S'_{бс}$ – $S''_{сов}$	– $S'_{бс}$ $S''_{сов}$		

Оснащення експерименту. Експериментатору і усім випробуваним треба мати заздалегідь складені таблиці Шульте з зображенням 25 чорних чисел (від 1 до 25) і 24 червоних чисел (від 1 до 24). Числа розкидані по таблиці таким чином, що порядкові числа виявляються розкиданими одне від одного на максимальну відстань. Кожне число має свій символ – букву латинського чи російського алфавіту, написану поруч з числом (наприклад, 24i, 25j і тощо). Експериментатор заздалегідь готує програму правильних відповідей. Для реєстрації часу виконання завдання експериментатору необхідний секундомір. Для реєстрації результатів досліду кожен випробуваний до початку досліду складає таблицю протоколу.

Порядок роботи. Заняття групове. Веде його викладач, чи його помічник-експериментатор. Завдання виконується в три етапи.

Інструкція випробуваному для I етапу: «Знайдіть у таблиці числа чорного кольору, причому в зростаючій послідовності (від 1 до 25), і запишіть до протоколу їхні символи».

Інструкція випробуваному для II етапу: «Знайдіть у таблиці числа червоного кольору в спадній послідовності і також запишіть їхні символи до протоколу».

Інструкція випробуваному для III етапу: «У таблиці 25 чорних – від 1 до 25 і 24 червоні числа – від 24 до 1. Кожне число має свій буквений символ. Необхідно одночасно вести рахунок чорних і червоних чисел, поперемінно записуючи в протоколі символи спочатку чорного числа, потім червоного, потім знову чорного, поки рахунок не буде закінчений. При цьому чорні числа треба називати в зростаючій послідовності, а червоні – в спадній». Тобто на III етапі випробуваний повинний виконувати обидві процедури одночасно.

Експериментатор фіксує час виконання завдання на кожнім етапі і повідомляє його випробуваному.

Обробка результатів

1. Перевірити записи випробуваного, порівнюючи їх з контрольними записами експериментатора.

2. Підрахувати кількість правильно знайдених чисел *(m)* на I, II і III етапах завдання окремо для чорних чисел і червоних чисел.

3. Визначити час виконання процедур знаходження чорних і червоних чисел окремо на III етапі завдання *(T);* для цього загальний час, витрачений на весь етап, треба розділити навпіл.

4. Визначити швидкість вибору (S) на I, II і III етапах; причому в останньому випадку окремо для чорних і червоних чисел ($S = \frac{m}{T}$).

5. Знайти умовний показник переключення уваги (П) за формулою окремо для червоних і чорних чисел.

Аналізуючи результати експерименту, варто вказати ступінь труднощів здійснення переключення уваги при здійсненні сполучених завдань.

Контрольні питання

1. Дайте визначення переключення уваги.
2. Яким чином вимірюється ступінь труднощів переключення уваги?
3. Яка вимірювально-оцінна шкала використовується в даному завданні?

4. Як ви думаєте, які недоліки методики вимірювання переключення уваги є в даному завданні?

Стимульний матеріал

8 – к	**24 – у**	**13 – м**	**7 – ф**	**22 – б**	**12 – н**	**5 – б**
8 – і	**14 – ф**	**14 – р**	**17 – ш**	**15 – д**	**6 – г**	**3 – е**
19 – к	**3 – к**	**18 – ч**	**23 – к**	**16 – р**	**18 – і**	**17 – р**
21 – р	**13 – а**	**1 – р**	**22 – ш**	**11 – р**	**23 – г**	**20 – г**
5 – м	**10 – е**	**4 – ф**	**25 – р**	**21 – ц**	**2 – т**	**19 – ж**
12 – ж	**6 – б**	**16 – у**	**20 – м**	**4 – с**	**10 – б**	**9 – в**
2 – н	**7 – и**	**11 – л**	**15 – у**	**9 – к**	**24 – н**	**1 – в**

Стимульний матеріал до лабораторного заняття «Дослідження характеристик довільної уваги методом інтелектуальної проби”

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

Рекомендована література та інтернет-ресурси

1. Абдряхімова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу. *Український вісник психоневрології*. 2013. № 21, 2. С. 68–72.
2. Асєєва Ю. О. Модель мультидисциплінароної допомоги особам які переживають наслідки неврологічного захворювання. *Лікарська справа*. 2018. № 7–8. С. 119–129.
3. Богдашина О. Б. Аутизм: визначення і діагностика. Донецьк: Либідь, 1999.
4. Боголюбська А. Залежності та шляхи їх подолання. *Психолог*. 2007. № 41. С. 25–28.
5. Болтівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія, методика. Київ, 2000. 303 с.
6. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літ., 2011. 264 с.
7. Вітенко І. С. Медична психологія: підручник. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
8. Грицюк І. М., Магдисюк Л. І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал.* 2022. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/ download/1149/1146
9. Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Особливості психодіагностики рівня схильності до стресу у медичних працівників. *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал. Серія «Психологія».* 2022. № 7 (12). С. 575–582.
10. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: навч. посіб. [для студ. внз]. Київ: Главник, 2010. 364 с.
11. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Девіантна поведінка»: навч. посіб. Київ, 2006. 108 с.
12. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: навч. посіб. Київ: Екмо, 2005. 62 с.

13. Зінченко С. М. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 9. С. 63–66.
14. Зінченко С. М., Злагодух В. В. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 8. С. 48–51.
15. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравела, 2010. 248 с.
16. Кондратенко Л., Прищепа О. Технологія попередження дисграфії. Київ: Главник, 2005. 96 с.
17. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч. посіб. Київ: Знання, 2010. 298 с.
18. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
19. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: навч. посіб. Київ: Здоров'я, 1993. 344 с.
20. Магдисюк Л. І. Особливості шлюбно-сімейних стосунків у залежності від подружнього стажу: діагностика та консультування: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 188 с.
21. Магдисюк Л. І., Павлова Б. В., Гнатойко І. В. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2020. С. 144–149.
22. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консульту-вання: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
23. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с.
24. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
25. Максимова Н. Ю. Основи дитячої патопсихології. Київ: Главник, 2008.

26. Максимова Н. Ю. Патопсихологія підліткового віку. Київ: Главник, 2008. 192 с.
27. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: [навч. посіб.]. Київ: Либідь, 2011.
28. Мальцев О. В. Адаптація української версії Опитувальника суб'єктивних уявлень про безпеку та його психометричний аналіз. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2015. № 2 (37). С. 128–139.
29. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Київ: Центр учбової літ., 2008. 208 с.
30. Медична психологія: підручник / під заг. ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенка. Дніпропетровськ, 2008.
31. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики. Луцьк: Іванюк В. П., 2013. 68 с.
32. Мельник А. П. Особливості прояву дромоманії у підлітків з неблагополучних сімей. *Конференція за результатами Українсько-Канадського проекту «Молодь за здоров'я»*. Київ, 2005.
33. Михайлов Б. В., Табачніков С. І., Марута Н. О. та ін. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. *Український медичний альманах*. 2004. Т. 7, № 4. С. 99–102.
34. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: [керівництво для лікарів]. Львів: Вид-во Мс, 2004.
35. Мушкевич М. І. Особливості діагностичної роботи з дітьми з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія.* Т. 14. 2009. Вип. 5. С. 64–70.
36. Мушкевич М. І. Особливості пізнавальної сфери дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. *Психологічні перспективи*. 2010. Вип. 15. С. 140–150.
37. Мушкевич М. І. Особливості психічного розвитку аутичної дитини. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць ВДУ імені Лесі Українки*. Луцьк, 2007. С. 208–214.

38. Мушкевич М. І. Психолого-педагогічні особливості соціалізації аутичної дитини. *Проблеми загальної та педагогічної психології:* зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. Т. X, част. 1. Київ, 2008. С. 306–315.
39. Мушкевич М. І. Психопрофілактична робота при уродженій і набутій патології. *Актуальні питання супроводу дітей з особливими потребами: медичні, психологічні, педагогічні аспекти:* матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції з циклу «Сучасні підходи інтеграції та соціалізації дітей з особливими потребами». Луцьк, 2006. С. 11–15.
40. Никоненко І. О. Теоретичний огляд ресурсного підходу в контексті вивчення копінг-поведінки особистості. *Український психолого-педагогічний науковий збірник.* 2015. № 5(5). С. 88–91.
41. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: навч.-метод. посіб. / за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. Київ: Інтермед, 2005. 416 с.
42. Психіатрія. (Клініко-діагностичний алгоритм): посібник для лікарів-інтернів / за ред. Л. М. Юр'євої. Дніпропетровськ, 2001.
43. Роюк С. Є. Особливості мислення дітей дошкільного віку із вадами слуху. *Психологічні перспективи.* Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. Вип. 15. С. 174–182.
44. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
45. Турубарова А. В. Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я дитини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія.* 2013. № 46(1). С. 204–211.
46. Absalyamova, L. (2016). Psychological research the prob lems of women food behavior. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools,* 17(5), 131–136. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/100
47. Fessler, D. M. T., Pillsworth, E. G., & Flamson, T. J. (2004). Angry men and disgusted women: An evolutionary approach to the influence

of emotions on risk taking. *Organizational Behavior and Human Decision Processes,* 95, 107–123.

48. Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2011). Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), Handbook of occupational health psychology (p. 55–74). American Psychological Association.
49. Norman, P. and Fitter, M. (1989) Intention to attend a health screening appointment: Someimplications for general practice, *Counselling Psychology Quarterly,* 2, 261–72.
50. Oaksford, M., Morris, F., Grainger, B., & Williams, J. M. G. (1996). Mood, reasoning, and central executive processes. *Journal of Experimental Psychology-Learning Memory & Cognition,* 22, 476–492.
51. Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis, *Health Psychology,* 22(4): 424–8.
52. Pham, M. T. (2004). The logic of feeling. *Journal of Consumer Psychology,* 14, 360–369.
53. Pham, M. T., Cohen, J. B., Pracejus, J. W., & Hughes, G. D. (2001). Affect monitoring and the primacy of feelings in judgment. *Journal of Consumer Research,* 28, 167–188.
54. Rakhimkulova, A. (2016). Adolescent risky behavior and mental health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools,* 17(5), 99–113. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/97
55. Rogers, R. W. (1985) Attitude change and information inte gration in fear appeals, *Psychological Reports*, 56: 179.
56. Rosenbaum, M. (1993). The three functions of self-control behaviour: Redressive, reformative and experiential. *Work and Stress,* 7, 33–46.
57. Rosenbaum, M., & Jaffe, Y. (1983). Learned helplessness: The role of individual differences in learned resourcefulness. *British Journal of Social Psychology*, 22(3), 215–225.
58. Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of at tributional style, depression, and posttrauma distress among

children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment,* 7, 254–264.

59. Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Grisso, T., Klassen, D., Mulvey, E. P., & Roth, L. (1993). From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. In S. Hodgins (Ed.), Mental disorder and crime. New York: Sage.
60. Sydorenko, A., & Lebid, I. (2017). Peculiarities of emotional state in adults with congenital heart disease. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 21(3), 114–116. URL: https://farplss.org/index.php/journal/article/view/188
61. Whitacre, C. C., Cummings, S. O., & Griffin, A. C. (1994). The effects of stress on autoimmune disease. In R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), Handbook of human stress and immunity. San Diego: Academic Press.
62. Zlatova, L. (2019). Adaptation potential of the personality as an aspect of human health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 34(4), 92–95. URL: https://farplss.org/ index.php/journal/article/view/663

ДОДАТОК В

СЛОВНИК

А

Агорафобія *(agoraphobia)* – нав'язливий страх, боязнь відкритого простору, неможливість самостійно перейти майдан, пройти по безлюдній вулиці.

Аерофобія *(aerophobia)* – боязнь повітряного потоку.

Айхмофобія *(aichmophobia)* – нав'язливий страх, боязнь гострих предметів.

Акарофобія – нав'язливий страх, боязнь сверблячки.

Акрибофобія – нав'язливий сумнів, вагання в правильності розуміння смислу прочитаного.

Акрофобія *(acrophobia)* – нав'язливий страх, боязнь висоти, високих місць, що супроводжується голово кружінням.

Антропофобія *(anthropophobia)* – нав'язливий страх, боязнь людей, особливо незнайомих.

Арахнофобія – нав'язливий страх, боязнь павуків.

Астрапофобія *(astrapophobia)* – нав'язливий страх, боязнь блискавки.

Астрофобія *(astrophobia)* – нав'язливий страх, боязнь зоряного неба.

Атаксіфобія *(ataxiphobia)* – боязнь порушення координації рухів.

Аутофобія *(autophobia)* – нав'язливий страх, боязнь самотності.

Б

Базофобія *(basophobia)* – нав'язливий страх, боязнь ходити.

Балістофобія – нав'язливий страх, боязнь ракет та подібних літаючих об'єктів.

Барофобія *(barophobia)* – боязнь земного тяжіння, піднімання важких предметів.

Батофобія *(bathophobia)* – нав'язливий страх, боязнь глибини (водойми).

Бацилофобія *(bacillophobia)* син. **Бактеріофобія** – нав'язливий страх, боязнь зараження мікробами.

Бленнофобія – нав'язливий страх, боязнь слизу або будь-якої липкої, тягучої речовини.

В

Венерофобія *(venerophobia)* – нав'язливий страх, боязнь заразитися венеричним захворюванням.

Вертігофобія *(vertigophobia)* – нав'язливий страх, боязнь головокружіння або втрати рівноваги.

Вомітофобія *(vomitophobia)* – нав'язливий страх, боязнь виникнення блювоти.

Г

Гамартофобія *(hamartophobia)* – нав'язливий страх, боязнь скоїти гріх, недостойний вчинок.

Гаптофобія *(haptophobia)* – нав'язливий страх, боязнь дотику оточуючих людей.

Гарпаксофобія *(harpaxophobia)* – нав'язливий страх, боязнь стати жертвою пограбування.

Геліофобія (*heliophobia)* – боязнь сонячного світла.

Гефірофобія *(gephyrophobia)* – нав'язливий страх, боязнь переходу по мосту.

Гідрозофобія *(hydrosophobia)* – нав'язливий страх: боязнь спітніти й унаслідок цього застудитися або мати неприємний запах.

Гідрофобія *(hydrophobia)* – водобоязнь, боязнь виникнення неприємних ковтальних судом під час спроби зробити ковток води або під час згадування про неї; спостерігається при істерії, сказі).

Гілофобія *(hylophobia)* – нав'язливий страх: боязнь лісу.

Гомілофобія *(homilophobia)* – боязнь спілкування з людьми через небезпеку бути об'єктом підвищеної уваги, виглядати кумедним, опинитись у незручній ситуації.

Графофобія *(graphophobia)* – нав'язливий страх; боязнь писати.

Д

Дендрофобія – нав'язливий страх, боязнь дерев.

Доматофобія – нав'язливий страх, боязнь будинку.

Демофобія *(demophobia)* син. **Охлофобія** – нав'язливий страх: боязнь великого скупчення людей, натовпу.

Дерматопатофобія (dermatopathophobia) – нав'язливий страх: боязнь захворіти на хворобу шкіри.

Дисморфофобія *(dysmorphophobia)* – нав'язливий страх фізичної вади, упевненість у тому, що всі її помічають.

Е

Еклуофобія – нав'язливий страх, боязнь темноти.

Еккесіофобія – нав'язливий страх, боязнь церкви.

Еміхорфобія – нав'язливий страх, боязнь подряпин.

Ергазіофобія – нав'язливий страх, боязнь роботи.

Ерейтофобія *(ereuthophobia)* – нав'язливий страх: боязнь розчервонітись у присутності сторонніх.

Еремофобія *(eremophobia)* – нав'язливий страх: боязнь безлюдних місць або одинокості.

Еротофобія *(erotophobia)* – 1) нав'язливий страх, боязнь статевого акту; 2) почуття бридкості в ставленні до статевого акту.

К

Каетофобія – нав'язливий страх, боязнь волосся.

Канцерофобія (латин. *Cancer* – злоякісна пухлина, рак) – нав'язливий страх захворіти раком.

Кардіофобія (*cardiophobia*) – нав'язливий страх, боязнь смерті від серцевої хвороби.

Кенофобія – нав'язливий страх, боязнь порожніх кімнат.

Кіонофобія – нав'язливий страх, боязнь снігу.

Кіфофобія – нав'язливий страх, боязнь сутулості.

Клаустрофобія – нав'язливий страх, боязнь замкнутих приміщень.

Клімакофобія (climacophobia) – нав'язливий страх, боязнь ходити східцями.

Клінофобія – нав'язливий страх, боязнь процесу засинання.

Копофобія (*copophobia*) – нав'язливий страх, боязнь перевтоми.

Ксенофобія (від грец. *Xenos* – чужий) – 1) нав'язливий страх перед незнайомими особами; 2) ненависть, нетерпимість до кого-небудь або до чого-небудь чужого, незнайомого, незвичного.

М

Мізофобія *(від грец. Mysos – неохайність, забруднення)* – нав'язливий страх забруднення, зараження через бруд.

Н

Некрофобія – нав'язливий страх, боязнь трупів та похоронних атрибутів.

Неофобія – нав'язливий страх, боязнь новизни, перемін.

Ніктофобія *(nyctophobia)* – нав'язлива боязнь темноти (нічної темноти).

Нозофобія *(nosophobia)* – нав'язливий страх: боязнь захворіти.

О

Одонтофобія – боязні зубного болю.

Омброфобія *(ombrophobia)* – нав'язливий страх, боязнь потрапити під дощ.

Омматофобія – боязнь очей.

Оспеосіофобія – боязнь людських запахів.

П

Панфобія *(panphobia)* – нав'язливий страх, боязнь всього оточуючого.

Педіофобія – нав'язливий страх: боязнь дитячих іграшок.

Педофобія *(paedophobia)* – нав'язливий страх: боязнь дітей в цілому, або боязнь народження дитини в сім'ї.

Пейрафобія *(peiraphobia)* – боязнь публічного виступу, промови, здачі екзамену.

Петтофобія *(pettophobia)* – нав'язливий страх, боязнь нестримання кишково-шлункових газів в присутності сторонніх осіб.

Погонофобія – нав'язливий страх, боязнь бороди.

Птеронофобія – нав'язливий страх, боязнь волосся.

Р

Радіофобія *(radiophobia)* – нав'язливий страх: боязнь радіаційного зараження (опромінення).

С

Ситофобія *(sitophobia)* – боязнь приймати їжу, спостерігається головним чином при неврозах, психопатіях; повна або часткова відмова від їжі під час маячіння за наявністю збереженого апетиту; спостерігається при психозах.

Скіофобія – нав'язливий страх, боязнь тіні.

Стазобазофобія *(stasobasophobia)* – нав'язливий страх, поєднання боязні стояння та ходьби.

Стасіофобія – нав'язливий страх, боязнь процесу просинання.

Т

Танатофобія *(thanatophobia)* – нав'язлива боязнь смерті.

Тафефобія – боязнь бути похороненим заживо.

Термофобія – боязнь спеки.

У

Урофобія *(urophobia)* – нав'язливий страх: боязнь появи позову сечовиділення під час небажаних обставин.

Ф

Фагофобія *(phagophobia)* – нав'язливий страх, боязнь ковтати їжу, побоюючись поперхнутися, подавитися.

Фенгофобія – боязнь денного світла.

Фобофобія *(pchobhopchobia)* – нав'язлива боязнь появи страхів.

Фригофобія – боязнь холоду.

Х

Харпаксиофобія – нав'язливий страх, боязнь бути пограбованим.

Хоміклофобія – нав'язливий страх, боязнь туману.

Хромофобія *(chromophobia)* – нав'язливий страх: боязнь будь-якого кольору або пофарбованих предметів.

Для нотаток

Для нотаток

Для нотаток

Для нотаток

Навчально-методичний посібник

Мельник Антоній Петрович,
Магдисюк Людмила Іванівна

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчально-методичний посібник

Видання друге, змінене та доповнене

Друкується в авторській редакції
Верстка *Ілони Савицької*

Формат 60×84 $^{1}/_{16}$. Обсяг 20,92 ум. друк. арк., 20,74 обл.-вид. арк.
Наклад 300 пр. Зам. 115. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. 0669362549).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.