

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

**О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович**

# **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕТАЛОНИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК**

**Навчальний посібник**

Львів  
Магнолія 2006  
2023

**Рецензенти:**

заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут неврології,  
психіатрії та наркології НАМН України», доктор медичних наук,  
професор **Марута Наталя Олександрівна;**

завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології  
Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,  
доктор медичних наук, професор **Пілягіна Галина Яківна.**

*Рекомендовано вченою радою Національного медичного  
університету імені О. О. Богомольця як навчальний посібник  
для вищих медичних навчальних закладів  
(№ 3 від 27 жовтня 2022 р.)*

**Медична психологія. Еталони практичних навичок** : навч. посіб. /  
Ч-71 О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович. – Львів : Магнолія 2006,  
2023. – 352 с.

ISBN 978-617-574-\*\*\*\_\*

У навчальному посібнику детально описані та теоретично обґрунтовані основні принципи та механізми проведення процедур і маніпуляцій, пов'язаних з наданням медико-психологічної допомоги. Посібник містить 30 еталонів практичних навичок та Дидактичний матеріал, необхідний для їх засвоєння і відпрацювання. Наведені у навчальному посібнику еталони практичних навичок розроблені відповідно до програм та навчальних планів «Медична психологія» для підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації за спеціальностями «Медицина», «Медична психологія», «Стоматологія», «Педіатрія», «Фізична терапія. Ерготерапія». Матеріали, які містяться в еталонах практичних навичок та дидактичних матеріалах, можуть використовуватись як під час практичних занять, так і в процесі самостійної роботи студентів.

УДК 159.9:61(07)

## ЗМІСТ

|                   |    |
|-------------------|----|
| Від авторів ..... | 10 |
| ВСТУП .....       | 11 |

### ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ..... | 13 |
|--------------------------------------------|----|

#### ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ.

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| ПОНЯТТЯ ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ..... | 14 |
|-------------------------------------|----|

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 1.1.</i> ЗБИРАННЯ АНАМНЕЗУ ПРИ<br>ПРОВЕДЕННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА..... | 14 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 1.2.</i> ЦІЛЬОВЕ СКЛАДЕННЯ<br>КОМПЛЕКСУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДИК<br>ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА..... | 21 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 1.3.</i> ОЦІНЮВАННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ<br>ЦІННОСТІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ МЕТОДИКИ<br>ЗА ДАНИМИ, ВИКЛАДЕНИМИ ЇЇ АВТОРАМИ..... | 25 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

#### ТЕМА 2. ОСОБИСТІСТЬ ТА ХВОРОБА.

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ ..... | 31 |
|---------------------------------|----|

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 2.1.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТА ..... | 31 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 2.2.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТА ..... | 37 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 2.3.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ДОСЛІДЖЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТА ..... | 53 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

#### ТЕМА 3. СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА: ПОРУШЕННЯ ВІДЧУТТІВ, СПРИЙНЯТТЯ, МИСЛЕННЯ ТА ІНТЕЛЕКТУ .....

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Еталон практичної навички № 3.1.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СПРИЙНЯТТЯ..... | 60 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 3.2. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ МИСЛЕННЯ</b> ..... | 65 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 3.3. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ МИСЛЕННЯ</b> ..... | 71 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ТЕМА 4. СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА: ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ, СВІДОМОСТІ ТА САМОСВІДОМОСТІ</b> ..... | 74 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 4.1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СВІДОМОСТІ</b> ..... | 74 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 4.2. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ УВАГИ ТА ПАМ'ЯТІ</b> ..... | 79 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 4.3. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ УВАГИ ТА ПАМ'ЯТІ</b> ..... | 84 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ТЕМА 5. ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ</b> ..... | 89 |
|-------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 5.1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯ</b> ..... | 89 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 5.2. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАДОВОЛЕННЯ ПАЦІЄНТА НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</b> ..... | 93 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 5.3. ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН ПАЦІЄНТУ ТА ЙОГО РОДИЧАМ</b> ..... | 96 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| <b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2</b>                          |    |
| <b>ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ</b> ..... | 98 |

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| <b>ТЕМА 6. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ</b> ..... | 99 |
|---------------------------------------------|----|

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Еталон практичної навички № 6.1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СТРЕСОВОГО СТАНУ ТА СТАНУ ДИСТРЕСУ</b> ..... | 99 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Еталон практичної навички № 6.2. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ПАЦІЄНТА</b> ..... | 103 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Еталон практичної навички № 6.3. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ</b> ..... | 115 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|



|                                                                                                                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ТЕМА 7. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ<br/>З РІЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....</b>                                                                                | <b>121</b> |
| <i>Еталон практичної навички № 7.1.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З СЕРЦЕВО-СУДИННИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ .....                                        | 121        |
| <i>Еталон практичної навички № 7.2.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА<br>У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ.....                      | 125        |
| <i>Еталон практичної навички № 7.3.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ОБСТЕЖЕННЯ ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ.....                                                                  | 128        |
| <b>ТЕМА 8. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ<br/>ПОВЕДІНКИ, ТАНАТОЛОГІЇ ТА ЕВТАНАЗІЇ .....</b>                                                         | <b>132</b> |
| <i>Еталон практичної навички № 8.1.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА<br>ДІАГНОСТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....                                                           | 132        |
| <i>Еталон практичної навички № 8.2.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ХІМІЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ .....                                                   | 137        |
| <i>Еталон практичної навички № 8.3.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ<br>ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ІГРОВОЮ АДДИКЦІЄЮ .....                                                     | 141        |
| <b>ТЕМА 9. ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ .....</b>                                                                                                                         | <b>145</b> |
| <i>Еталон практичної навички № 9.1.</i> ВИБІР ВИДУ ПСИХОТЕРАПІЇ<br>ТА ЇЇ ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПРИ РОЗЛАДАХ, АСОЦІЙОВАНИХ З<br>ПЕРЕНЕСЕНОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ..... | 145        |
| <i>Еталон практичної навички № 9.2.</i> АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ<br>ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ, АСОЦІЙОВАНИХ З ПЕРЕНЕСЕНОЮ<br>ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ .....                  | 148        |
| <i>Еталон практичної навички № 9.3.</i> МІЖОСОБИСТІСНА<br>ПСИХОТЕРАПІЯ (IPT).....                                                                                | 150        |
| <b>ТЕМА 10. ОСНОВИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ<br/>ПСИХОТЕРАПІЇ .....</b>                                                                                            | <b>153</b> |
| <i>Еталон практичної навички № 10.1.</i> МЕТА, ОСНОВНІ СТРАТЕГІЇ<br>ТА НАПРЯМКИ ТРАВМА-ФОКУСОВАНОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ<br>ПСИХОТЕРАПІЇ .....                 | 153        |

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Еталон практичної навички № 10.2.</b> КРОКИ ТА ОСНОВНІ<br>ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕФЕКТИВНОЇ ТРАВМА-ФОКУСОВАНОЇ<br>КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ..... | 156 |
| <b>Еталон практичної навички № 10.3.</b> ТРАВМА-ФОКУСОВАНА<br>КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ПСИХОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ,<br>ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ.....           | 159 |

## ДОДАТКИ

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Додаток 1.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 2.1 .....              | 164 |
| <i>Eysenck Personality Inventory (EPI)</i> .....                                       | 164 |
| <b>Додаток 2.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 2.2 .....              | 168 |
| <i>Фрустраційний тест С. Розенцвейга</i> .....                                         | 168 |
| <i>Методика «Ціннісні орієнтації» (М. Рокіч)</i> .....                                 | 184 |
| <b>Додаток 3.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 2.3 .....              | 189 |
| <i>Опитувальник Шмішека</i> .....                                                      | 189 |
| <b>Додаток 4.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 3.1 .....              | 196 |
| <i>Методика Р. С. Немова «Які предмети заховані в малюнках»</i> .....                  | 196 |
| <b>Додаток 5.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 3.2 .....              | 198 |
| <i>Виключення понять</i> .....                                                         | 198 |
| <b>Додаток 6.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 3.3 .....              | 202 |
| <i>Прогресивні матриці Равена</i> .....                                                | 202 |
| <b>Додаток 7.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 4.1 .....              | 224 |
| <i>Шкала оцінки тяжкості коми Глазго</i><br><i>(The Glasgow Coma Scale, GCS)</i> ..... | 224 |
| <b>Додаток 8.</b> ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ<br>НАВИЧКИ 4.2 .....              | 226 |

|                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Експрес-діагностика некерованої емоційної збудливості</i><br>(В. В. Бойко) .....                                                                      | 226 |
| <b>Додаток 9. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b><br><b>НАВИЧКИ 4.3</b> .....                                                                         | 227 |
| <i>Коректурна проба Б. Бурдона (варіант А. Н. Вороніна)</i> .....                                                                                        | 227 |
| <i>Методика «Заучування 10 слів» А. Р. Лурія</i> .....                                                                                                   | 229 |
| <b>Додаток 10. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b><br><b>НАВИЧКИ 5.1</b> .....                                                                        | 232 |
| <i>Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC)</i><br>(Шкала контролю елементів комунікації Каламазу) .....                             | 232 |
| <i>Assessment and Feedback of Communication Skills RANZCOG</i><br>(Шкала оцінювання комунікативних навичок RANZCOG) .....                                | 235 |
| <i>Instrument for assessing videotapes of doctors' performance in consultations</i><br>(Методика для оцінювання відеозаписів консультацій лікарів) ..... | 237 |
| <b>Додаток 11. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b><br><b>НАВИЧКИ 5.2</b> .....                                                                        | 243 |
| <i>Patient Satisfaction Questionnaire – III (PSQ-III)</i> .....                                                                                          | 243 |
| <i>Patient Satisfaction Questionnaire-18 (PSQ-18)</i> .....                                                                                              | 250 |
| <b>Додаток 12. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b><br><b>НАВИЧКИ 5.3</b> .....                                                                        | 253 |
| <i>SPIKES – «Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion<br/>and Empathy, Strategy and Summary»</i> .....                                        | 253 |
| <b>Додаток 13. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b><br><b>НАВИЧКИ 6.1</b> .....                                                                        | 258 |
| <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i><br>(Госпітальна шкала тривоги і депресії) .....                                                      | 258 |
| <i>Psychological Stress Measure by Lemyr-Tessier-Fillion (PSM-25)</i><br>(Шкала психологічного стресу) .....                                             | 262 |
| <b>Додаток 14. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b><br><b>НАВИЧКИ 6.2</b> .....                                                                        | 266 |
| <i>Life Style Index Percentiles (LSI)</i><br>(Індекс життєвого стилю Plutchik R., Kellermann H.) .....                                                   | 266 |
| <i>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)</i><br>(Копінг-поведінка в стресових ситуаціях, N. S. Endler, J. D. A. Parker) .....                 | 271 |

|                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Додаток 15. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 6.2</b>                                            | 275 |
| <i>The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)</i><br>(Чотиривимірний анкетний опитувальник симптомів) | 275 |
| <b>Додаток 16. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 7.1</b>                                            | 280 |
| <i>Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36)</i><br>Опитувальник неспецифічної якості життя           | 280 |
| <b>Додаток 17. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 7.2</b>                                            | 292 |
| <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i><br>Единбурзька шкала післяпологової депресії                     | 292 |
| <b>Додаток 18. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 7.3</b>                                            | 295 |
| <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i><br>Гериатрична скринінгова шкала депресії                            | 295 |
| <i>Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)</i><br>Корнельська шкала депресії при деменції            | 297 |
| ТЕСТ «МІНІ-КОГ» (MINI-COG)                                                                                   | 299 |
| <b>Додаток 19. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 8.1</b>                                            | 302 |
| <i>Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)</i><br>Модифікована шкала суїцидальних ідей                    | 302 |
| <i>Suicidal Affect Behavior Cognition Scale (SABCS)</i><br>Шкала суїцидальних афекту-поведінки-пізнання      | 311 |
| <b>Додаток 20. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 8.2</b>                                            | 313 |
| <i>Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)</i><br>Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм             | 313 |
| <b>Додаток 21. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 8.3</b>                                            | 317 |
| <i>Game Addiction Scale (GAS)</i><br>Шкала ігрової залежності                                                | 317 |
| <i>Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS-SF9)</i><br>Шкала розладу інтернет-ігор – коротка форма   | 319 |

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Додаток 22. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b>                         |     |
| НАВИЧКИ 9.1 .....                                                             | 322 |
| <i>Пацієнт-центрована (клієнт-центрована)</i>                                 |     |
| <i>психотерапія С. Р. Rogers (PCP).....</i>                                   | 322 |
| <b>Додаток 23. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b>                         |     |
| НАВИЧКИ 9.2 .....                                                             | 324 |
| <i>Комплекс формування психологічної резистентності до стресу</i>             |     |
| <i>(адаптація комплексу прищеплення навичок з відновлення психічного</i>      |     |
| <i>здоров'я, розробленого National Center for PTSD and the National Child</i> |     |
| <i>Traumatic Stress Network) .....</i>                                        | 324 |
| <b>Додаток 24. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b>                         |     |
| НАВИЧКИ 9.3 .....                                                             | 327 |
| <i>Терапія імунізації проти стресу (SIT) .....</i>                            | 327 |
| <b>Додаток 25. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b>                         |     |
| НАВИЧКИ 10.1 .....                                                            | 329 |
| <i>Орієнтація сім'ї на терапію та фаза стабілізації TF-CBT дітей,</i>         |     |
| <i>які зазнали психічної травми .....</i>                                     | 329 |
| <b>Додаток 26. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b>                         |     |
| НАВИЧКИ 10.2 .....                                                            | 337 |
| <i>Фаза розповіді та обробки травми під час TF-CBT дітей,</i>                 |     |
| <i>які зазнали психічної травми .....</i>                                     | 337 |
| <b>Додаток 27. ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ</b>                         |     |
| НАВИЧКИ 10.3.....                                                             | 339 |
| <i>Фаза інтеграції та консолідації під час TF-CBT дітей,</i>                  |     |
| <i>які зазнали психічної травми .....</i>                                     | 339 |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....</b>                                   | 343 |

## Шановний студенте!

Дисципліна «Медична психологія» є першим кроком у вивченні психічної патології та опануванні навичками допомоги пацієнтам, які страждають на психічні та поведінкові розлади і порушення нейропсихічного розвитку. «Медична психологія», відносячись до галузі нейронаук, є однією з суто клінічних дисциплін, з якими знайомиться студент медичного ВНЗу на третьому-четвертому роках навчання і є невід’ємним змістовним етапом у вивченні наступної навчальної дисципліни – «Психіатрії». Крім того, вивчення медичної психології розширює знання та практичні навички, отримані під час вивчення дисципліни «Комунікативні навички лікаря», і вимагає базових знань з анатомії, нормальної та патологічної фізіології, вищої нервової системи. Навчальна програма дисципліни завершується розділами, присвяченими досить специфічній галузі лікарської справи – лікуванню з використанням методів психотерапії.

Як і у всіх клінічних дисциплінах, в медичній психології більшість навчального часу в аудиторних умовах відведена на практичні заняття. Саме цій важливій складовій оволодіння непростю лікарською справою і присвячений цей навчальний посібник. Якщо у розпорядженні студентів-медиків на теперішній час є вже досить багато вітчизняних підручників та навчальних посібників, в яких викладені сучасні теоретичні знання з медичної психології, дидактичних матеріалів, зведених під одну обкладинку, які були б корисними саме під час практичних занять, немає зовсім, на жаль. Автори намагалися заповнити цю порожнечу і представити до Вашої уваги навчальний посібник, який містить в собі як еталони практичних навичок, так і усі необхідні стимульні матеріали, які Ви зможете використовувати під керівництвом Вашого викладача під час практичних занять.

*З повагою та щирим побажанням успіхів  
у вивченні медичної справи,  
проф. Чабан О. С., проф. Хаустова О. О., проф. Омелянович В. Ю.*

## ВСТУП

Навчальна дисципліна «Медична психологія» дає студентам уявлення про сучасні наукові здобутки медичної психології з точки зору біопсихосоціального підходу в практиці надання медичної допомоги, формує розуміння та диференціювання соматогенного та психогенного впливу захворювання, виробляє можливості визначати й аналізувати основні психопатологічні та патопсихологічні феномени в клінічній практиці, закладає основи розуміння сучасної психосоматичної медицини і формує вміння застосовувати знання щодо зв'язків нервової, імунної і ендокринної систем у визначенні основних ланок етіопатогенезу психосоматичних розладів. Крім того, вона дає поняття про психологію пацієнта, медичного працівника, психологічне підґрунтя лікувально-діагностичної взаємодії, уявлення про сучасні методи психологічної допомоги, особливості її надання пацієнтам з соматичними захворюваннями, що є важливими елементами у професійній підготовці та професійній діяльності фахівця.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є основи медичної психології в загально-медичній практиці, психодіагностика, психологічне консультування, психокорекція та психотерапія.

Метою навчальної дисципліни «Медична психологія» є вивчення психологічних особливостей людей, які страждають різними захворюваннями, методів і способів діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психології взаємовідношень пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичних, психокорекційних і психотерапевтичних способів допомоги пацієнтам, а також теоретичних аспектів психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів.

Основними завданнями дисципліни «Медична психологія» є:

1. Ознайомлення з теоретичними, методичними основами медичної психології у загально-медичній практиці, психодіагностики та психологічного консультування, психопрофілактики, психогігієни та психотерапії; формами її організації та конкретними методами роботи з людьми.

2. Оволодіння студентами практичними вміннями і навичками психодіагностики та психологічного консультування, психопрофілактики, психогігієни та психотерапії, що застосовуються у медичній психології.

3. Вироблення навичок практичного втілення методів психодіагностики, психологічного консультування, психопрофілактики, психогігієни та психотерапії, що застосовуються у медичній психології.

4. Розвиток навичок науково-дослідницької роботи студентів, наполегливості та активності в оволодінні основами майбутньої професії.



## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1**

### **ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

---

**ТЕМА 1**  
**ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**  
**ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ.**  
**ПОНЯТТЯ ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я**

---

***Еталон практичної навички № 1.1***

**ЗБИРАННЯ АНАМНЕЗУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА**

■ **СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

**Анамнез** (грецьк. *ανάμνησις* – спогад) – сукупність відомостей про життя та хворобу пацієнта. Іноді анамнез розподіляють на об'єктивний та суб'єктивний, хоча, насправді, у такому структуруванні немає ніякого змісту. Дійсно, для отримання анамнестичних відомостей використовується як опитування самого пацієнта (суб'єктивний анамнез), так і інформація з інших джерел: від родичів, друзів та колег пацієнта, від медичних працівників та з медичної документації, характеристики з місця навчання чи роботи, відомості військового квитка, відомості про прописку у паспорті, тощо (об'єктивний анамнез), причому суб'єктивні відомості можуть не співпадати з об'єктивними (особливо у випадках важких психічних розладів). Але про усі джерела анамнестичної інформації просто слід робити помітки у медичній документації хворого («зі слів пацієнта:...», «зі слів дружини пацієнта:...», «з виписного епікризу:...» тощо), структурно не розділяючи анамнез на «об'єктивний» та «суб'єктивний».

Збирання анамнезу починається безпосередньо після вислуховування скарг пацієнта і має форму вільної бесіди. Насправді в медичній психології збирання скарг, анамнезу та первинна психодіагностична (клінічна) бесіда – це єдиний безперервний процес, який розділяється на частини тільки після завершення і викладан-

ня його результатів на папері. Тому ми не будемо надавати рекомендацій про якісь особливості спілкування з пацієнтом під час збирання анамнезу, бо правила клінічної бесіди і анамнестичної бесіди абсолютно однакові. Вважаємо за необхідне також зазначити, що послідовність бесіди з пацієнтом та її структура завжди носить суто індивідуальний характер. Ті структурні частини анамнезу, які будуть наведені нижче, повинні обов'язково міститися в ньому, але послідовність їх з'ясування може бути зовсім іншою. В залежності від ситуації та психічних особливостей пацієнта бесіда, під час якої збираються анамнестичні дані, може переходити з однієї частини на іншу, а потім повертатися для уточнення до попередніх розділів, а може вестися і чітко «за пунктами». Крім того, вже під час лікування пацієнта, через дні чи навіть тижні можуть надходити нові відомості (наприклад, хворий заперечував минулі лікування у психіатричній лікарні, а потім надійшли архівні відомості про його неодноразове лікування), які будуть додаватися до анамнезу. Наведемо примірну схему анамнезу у такому вигляді, який він повинен мати у виписному епікрізі, коли усі можливі суб'єктивні та об'єктивні відомості зібрані.

Анамнез прийнято структурувати на **анамнез життя** та **анамнез захворювання**, але іноді окремо виділяють ще трудовий анамнез, соціальний анамнез, страховий анамнез (для користувачів медичних страхових полісів), епідеміологічний анамнез та ін.

**Анамнез життя (anamnesis vitae)** – сукупність відомостей про історію життя пацієнта, його родичів, освіту, умови життя та роботи, його інтереси тощо. Описання анамнезу життя в психіатрії та медичній психології має певні відмінності від інших галузей медицини. По-перше, на відміну від інших медичних дисциплін, анамнез життя повинен бути вивчений та описаний дуже ретельно, бо непомічені при опитуванні чи неописані в медичній карті дрібниці можуть мати дуже велике діагностичне значення. По-друге, у зв'язку з тим, що внаслідок свого хворобливого стану пацієнт може спотворювати анамнестичні дані, а його близькі навмисно чи ненавмисно можуть надавати помилкові відомості, при описуванні анамнезу в медичній документації завжди необхідно вказу-

вати джерело інформації («зі слів пацієнта», «зі слів брата пацієнта, П.І.Пб.» тощо).

Як ми вказували вище, бесіда, спрямована на збирання анамнезу, може вестися вільно і питання, які необхідно з'ясувати, можуть включатися до неї в будь-якому порядку, тому ми наведемо ці питання в тій послідовності, якої необхідно дотримуватись вже після спілкування з пацієнтом, під час викладення анамнезу в медичній документації (анамнез викладається одним текстом, без розбиття на пункти, вказані нижче).

**1. Інформація про спадковість пацієнта:** чи обтяжена вона психічними захворюваннями (якщо так, то хто з родичів і на який розлад страждав). Питання про це завжди слід формулювати максимально коректно (наприклад: «можливо Ви знаєте, чи звертався колись хтось з Ваших родичів за допомогою до невролога чи психіатра?»). Після цього слід поцікавитися можливими іншими спадковими захворюваннями: «на які захворювання взагалі хворіли Ваші родичі?»; а також про шкідливі звички: «може хтось з Ваших родичів зловживав алкоголем чи вживав наркотичні речовини?».

Пацієнти не завжди можуть назвати діагноз захворювання з приводу якого їх родичі лікувалися, але часто відповідають: «бабуся лікувалася у невропатолога» чи «батько пив та лікувався в наркології». Такі відповіді слід фіксувати в медичній документації буквально – «прямою мовою» пацієнта («зі слів пацієнта: батько пив та лікувався в наркології»).

На початку анамнезу також бажано вказувати, хто є батьками пацієнта (їх вік, освіта, професія, чи живі вони), чи є в нього брати чи сестри (їх вік, освіта, професія, чи живі вони).

**2. Інформація про народження пацієнта:** якою дитиною в родині народився, чи була патологія вагітності у матері, чи в строк почалися пологи, як протікали пологи (без патології чи з патологією, з якою саме). Звісно, що далеко не всі пацієнти мають про це відомості, а з їх батьками далеко не у кожному випадку є можливість поспілкуватися, тому у випадку відсутності таких відомостей про це також слід зробити відмітку в медичній документації (наприклад: «народився першою дитиною з трьох у сім'ї, про те, як протікала ва-

гітність та пологи у матері, не знає» чи «народився другою дитиною з двох, пологи дострокові (7 міс. 3 дні), термінові, обвиття пуповиною, асфіксія»).

**3. Інформація про раннє дитинство:** з якого віку почав тримати головку, сидіти, ходити, розмовляти. Чи ходив до дитячого садку, ким виховувався. Якщо таких докладних відомостей отримати не вдається, але пацієнт чи його близькі стверджують, що в дитинстві «все було добре», в медичній документації можливо зазначити коротко (наприклад): «ранній розвиток – без особливостей, виховувався у повній родині, переважно бабусею».

**4. Інформація про навчання у школі:** в якому віці пішов до школи, як навчався, скільки класів школи закінчив, якщо були незадовільні результати атестації, то з яких предметів, чим цікавився, які стосунки були з однокласниками та вчителями, чи були відхилення в поведінці (втікав з дому, прогулював уроки) тощо. У цьому розділі також раціонально описувати особистості статевого дозрівання пацієнта: в якому віці почалися менструації, статеве життя, як воно почалося (чи були згвалтування, статеві стосунки з родичами тощо). Зрозуміло, що питання, які стосуються статевого життя можуть викликати відчуття сорому у пацієнтів, тому з'ясовувати ці аспекти треба максимально коректно, за необхідністю акцентуючи увагу на тому, що це важливі медичні питання.

**5. Інформація про подальше навчання, роботу та військову службу:** чи продовжив навчання після школи, якщо так, то в якому навчальному закладі, за якою спеціальністю, як проходило навчання, які стосунки були з однолітками та викладачами, чи працював потім за отриманою спеціальністю. Також важливо з'ясувати де і коли (конкретні роки) він працював, на яких посадах, чому звільнився, що його задовольняло чи, навпаки, дратувало на його роботах. Для пацієнтів чоловічого ґендеру особливо важливою є інформація про строкову службу в армії: чи служив та як проходила служба, чи були проблеми з дисципліною, якщо служив – в які роки та на яких засадах був звільнений (на загальних засадах по закінченню строку служби, достроково за станом здоров'я – за яким захворюванням), яку можливо отримати як від самого пацієнта, так і з його

військового квитка чи відомчої медичної документації (за спеціальним запитом). Особливо докладно слід викладати анамнестичні відомості осіб, які приймали участь у бойових діях, відмічаючи військове звання, посаду, службу у лавах армії чи у «добровольчих батальйонах», строки перебування в зоні бойових дій, факти бойових зіткнень, артобстрілів, факти поранень, лікування у військових лікувальних закладах тощо.

**6. Інформація про теперішнє життя пацієнта:** чи працює зараз, чи задовольняє його робота, якщо не працює – які джерела існування має, де мешкає, чи є родина, якщо є – її склад, які відносини в родині, чи є діти, якого вони віку, де живуть та працюють, чим займається пацієнт у вільний час тощо. В цьому розділі також слід з'ясувати сексологічну складову життя пацієнта – чи живе він статевим життям, якщо ні, то з якого віку, чи почалася менопауза (в якому віці) тощо.

**7. Інформація про перенесені захворювання, шкідливі звички та епідеміологічне оточення:** на які соматичні захворювання хворів протягом життя пацієнт (де і коли він з приводу цього лікувався), чи були оперативні втручання (які, коли).

У цьому розділі анамнезу також необхідно з'ясувати періодичність та обсяги вживання пацієнтом психоактивних речовин. Слід зазначити, що в наркології для цього питання виділяють окремий розділ – **наркологічний анамнез**, але у випадках, коли захворювання не класифікується в межах розділу F10 – F19 МКХ 10 – «Розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин», достатньо більш стислого описування цих аспектів анамнезу: чи палить тютюн (скільки цигарок на день); чи вживає алкоголь (в якому віці вжив вперше, який саме напій, який напій зараз вживає частіше, в якій дозі, скільки разів на тиждень чи на місяць, чи були травми у стані сп'яніння, чи «похмеляється» вранці, чи бувають амнестичні форми сп'яніння, якщо так – як часто); чи вживає інші психоактивні речовини (які, з якого віку, як часто, в яких дозах).

Важливою частиною анамнезу життя також є дані про епідеміологічне оточення пацієнта: чи контактував він з інфекційними хворими на роботі, вдома чи десь ще, чи не кусали його комахи (кліщі,

воші тощо), чи є у його житлі паразити, гризуни чи домашні тварини, чи проводилась йому імунізація, якщо так, то яка і коли.

**Анамнез захворювання (anamnesis morbi)** – сукупність відомостей про захворювання, з приводу якого оглядається пацієнт. Описувати цей розділ анамнезу слід починаючи з того моменту, з якого змінився стан пацієнта і закінчуючи часом його первинного огляду (у приймальному відділенні чи бригадою невідкладної допомоги). Внаслідок того, що у певної частини хворих на розлади психіки знижена чи відсутня критика до свого стану, нерідко доводиться починати цю частину анамнезу з об'єктивних відомостей (зі слів близьких, з медичної документації бригади невідкладної допомоги, з рапорту працівників поліції тощо).

**1. Початок та динаміка розвитку хронічного захворювання:** у випадках, коли психічний розлад є хронічним і його дебют виник у минулому, слід докладно описати його початок та усі епізоди амбулаторного лікування чи госпіталізації, при цьому слід указувати (за можливістю опираючись на медичну документацію) конкретні дати, діагноз, лікування та його результат (виписаний з покращенням, у стані неповної ремісії тощо).

**2. Динаміка розвитку захворювання:** у випадках, коли пацієнт звернувся за психіатричною (медико-психологічною) допомогою вперше в житті, слід вказати з якого моменту змінився психічний стан пацієнта, в чому це виражалося (наприклад: «зі слів матері – стан пацієнта змінився гостро 14.06.2019 р., коли він почав багато разів перевіряти дверні замки, виглядати у вікно, говорив, що за ним слідкують і не треба нікому відчиняти»), чи може бути пов'язана ця зміна стану з будь-якими причинами (наприклад: «стан змінився після декількох місяців судового процесу по розірванню шлюбу»).

Необхідно хронологічно вказати коли і як змінювався стан пацієнта, не перетворюючи отриману інформацію на медичну термінологію, а викладаючи її у тій формі, в якій вона була отримана (наприклад: якщо отримані відомості про те, що пацієнт «стверджував, що за ним почали слідкувати працівники СБУ, а через декілька днів сказав, що вони взагалі поселилися у сусідній квартирі і за допомогою спеціальної техніки забирають його думки прямо з мозку», то

не слід перетворювати отриману інформацію на готові висновки – «до проявів марення переслідування через декілька днів додалися явища психічних автоматизмів»). Необхідно докладно описувати вплив конкретних змін у психічному стані пацієнта на його соціальне функціонування та взаємовідносини з оточуючими, звертаючи увагу на можливі порушення статевого потягу, апетиту та зміну гастрономічних переваг, порушення сну. У випадках, якщо до огляду пацієнта він вживав якісь лікарські препарати (за призначенням іншого лікаря чи за наполяганням родичів), проведене лікування слід ретельно з'ясувати та описати.

Закінчується викладення анамнезу захворювання описанням процесу звернення за допомогою (наприклад: «звернувся за допомогою самостійно за рекомендацією сімейного лікаря» чи «був затриманий працівниками поліції, згідно рапорту ст. ст-та поліції Сидоренко В. І. від 14.06.2019 р., «погрожував ножем офіціанту кав'ярні за адресою...»).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт.

■ **Оцінка результатів:** послідовність, комунікативна впевненість при збиранні анамнестичних даних, достатній обсяг та чіткість їх викладення у письмовому вигляді.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Психіатрія. Еталони практичних навичок : навчальний посібник / В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович, Є. Г. Гриневич. – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 176 с.



## **ЦІЛЬОВЕ СКЛАДЕННЯ КОМПЛЕКСУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

На теперішній час медична психологія включає в себе в якості основної та невід'ємної частини психологічну діагностику (психодіагностику або психологічне тестування – від англ. «test» – випробування, дослідження). Відповідно до основних завдань психодіагностики відноситься розробка засобів фіксації в упорядкованому виді психологічних розходжень між індивідами.

*Види психологічних тестів*

### **I. Тести досягнень:**

- 1.1. Тести розвитку.
- 1.2. Тести інтелекту (IQ).
- 1.3. Тести загальної результативності.
- 1.4. Тести шкільної успішності.
- 1.5. Спеціальні тести, що визначають професійну придатність і функціональні можливості.

### **II. Особистісні тести**

#### **1. Психометричні особистісні тести:**

##### **1.1. Опитувальники рис особистості, до яких віднесені:**

- опитувальники, що діагностують багато особистісних характеристик. (опитувальники з багатьма шкалами, такі як: «Фрайбурзький особистісний опитувальник» (Das Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI [Fahrenberg J., Hampel R., Selg H., 1984]), «16 особистісних факторів» (Sixteen Personality Factors Questionnaire – 16 PF);
- опитувальники, що діагностують обмежений набір характеристик. (Моудслейський особистісний опитувальник – Maudsley Personality Inventory – MPI або Айзенка особистісний опитувальник – Eysenck Personality Inventory – EPI);
- опитувальники, орієнтовані на приватні особистісні якості, зокрема, опитувальники, що мають одну або кілька шкал

(страх, депресія, агресивність, імпульсивність, упевненість у собі, локус контролю), кожна з яких може брати участь у наборі шкал багатошкального опитувальника.

*1.2. Типологічні особистісні опитувальники*, в яких типи особистості трактуються як незведені до комбінації особистісних рис. Такі опитувальники дозволяють робити угруповання самих обстежуваних. Це – «Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник» (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) [Hathaway S. R., McKinley J. C., 1951], «Опитувальник Х. Шмішека» (Schmieschek Fragebogen [Schmieschek H. G., 1975] та ін.).

*1.3. Опитувальники інтересів*. За своєю формою опитувальники для діагностики професійних інтересів можуть поділятися на ті, які засновані на «примусовому виборі» (forced choice), коли обстежуваному з декількох занять пропонується вибрати одне; ті, які засновані на «вільному виборі» (free choice), коли треба досить точно визначити ступінь зацікавленості заняттям; і ті, які засновані на рейтингових шкалах.

**3. Опитувальники комунікативних стилів** («Індекс соціального інтересу» (Social Interest Index – SII), «Техаська шкала соціального поведіння» (Texas Social Behavior Inventory – TSBI), «Шкала самотності» (Loneliness Scale) та ін.

**4. Опитувальники цінностей** (Методика М. Рокіча [Rokeach M. Value Survey. Sunnyvale, 1967; Rokeach M. The Nature of Human Values. N.Y., 1973]. Як інструментальні цінності звичайно розглядаються особистісні риси, якими повинна володіти людина: увічливість, відповідальність, інтелігентність, хоробрість, обдарованість уявою та ін.).

**5. Опитувальники установок** (наприклад, для виявлення установок стосовно свого соціального оточення на робочому місці створений опитувальник «Шкала установок на виховний клімат» (Attitude toward Educational Co-Workes Scale» [Ewing E., 1981]). «Аркуш шкільного клімату» (Schulklima List).

**6. Опитувальники мотивів** («Форма по вивченню особистості» (Personality Research Form – PRF). Цей опитувальник побудований на основі класифікації потреб Г. Мюррея, що одним із перших по-

чав розглядати мотиви як стійкі особистісні диспозиції: Abasement (Потреба в самоприпиненні); Achivement (Потреба досягнення); Aggression (Потреба в агресії) та ін.

### **III. Клінічні психодіагностичні тести**

**1. Низькоструктуровані психодіагностичні шкали** (Zung Self-Rating Depression Scale [Zung W. W., 1965]; Beck Depression Inventory [1961] та ін.).

**2. Високоструктуровані психодіагностичні шкали** (The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) [Derogatis L. R., 1994] та ін.).

Для проведення відбору психодіагностичного інструментарію з великого асортименту психологічних тестів слід відповісти на низку запитань:

1. Які психічні порушення, процеси, якості чи феномени необхідно дослідити для виявлення неясностей, що виникли під час клінічної бесіди чи потребують незалежної верифікації?

2. Які психологічні тести можуть дослідити зазначені порушення, процеси, якості чи феномени?

3. Які з цих психологічних тестів за даними авторів мають високі показники психометричних характеристик (чи є взагалі у Вас інформація про психометричні показники цих тестів)?

4. Чи проводилась адаптація цих психологічних тестів на контингенті, до якого належить Ваш пацієнт (мовний, гендерний тощо), та які психометричні показники адаптації наводять її автори?

5. Які з цих психологічних тестів Ви вже використовували і мали добрі практичні результати, а також відносно яких тестів Ви маєте позитивні дані з сучасних наукових друкованих джерел?

6. Які за формою психодіагностичні інструменти більш сприятливо можуть бути прийняті пацієнтом під час проведення психологічного експерименту (наочні – малюнкові, текстові, вербальні)?

Базуючись на відповідях відносно зазначених вище запитань, можна зробити вибір психологічних тестів. Якщо Ви використовуєте низькоструктуровані тести чи проективні тести, бажано досліджувати один спектр патології чи психічних особливостей за допомогою не одного, а двох-трьох тестів.

Одночасно слід запобігати перевантаженню пацієнта – тривале психологічне тестування може призвести до втоми та формування негативного відношення до діагностичної процедури.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати описання клінічного випадку з даними скарг, анамнезу та психічного статусу), варіанти експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг комплексу тестів для проведення психологічного експеримента.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Psychological Testing in the Service of Disability Determination / Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Jun 29. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305236/>
4. Sally A. Carless (2009). Psychological testing for selection purposes: a guide to evidence-based practice for human resource professionals. The International Journal of Human Resource Management, 20:12, 2517–2532, DOI: 10.1080/09585190903363821 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/09585190903363821>

**ОЦІНЮВАННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЦІННОСТІ  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ МЕТОДИКИ  
ЗА ДАНИМИ, ВИКЛАДЕНИМИ ЇЇ АВТОРАМИ**

■ **СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Автори психодіагностичних методик, які стоять на наукових позиціях, користуються стандартизованою системою розробки нового тесту та сучасним математичним апаратом верифікації можливості його використання для досягнення завдань, для яких він і розроблявся. Саме тому у першому оприлюдненні свого нового психодіагностичного тесту автори вказують усі психометричні показники, які були отримані під час розробки, корекції та перевірки своєї нової методики. Ці показники завжди вказуються у тому науковому виданні, в якому вперше повідомляється про новий психодіагностичний інструмент – у статті в періодичному друкованому чи електронному науковому виданні, у методичних рекомендаціях до використання психологічного тесту тощо. У тих випадках, коли ці психометричні показники відсутні чи присутні не повністю, а автори не вказують причини такої неповноти, використання тесту в медичній психології є неприпустимим, бо сам факт відсутності математичної доказової бази ефективності використання тесту для досягнення поставлених перед ним завдань ставить цю методику за межі наукової спільноти, а висновки, які можна отримати з використанням такого «тесту», за своєю прогностичною цінністю не будуть відрізнятися від астрологічних прогнозів чи гадання на картах Таро. Закликаємо читачів не дивуватися, якщо вони не знайдуть відповідних психометричних характеристик деяких, дуже популярних серед психологів гуманітарного спрямування, проективних тестів – це тільки підтверджує необхідність дуже ретельного та жорсткого підходу до підбору психодіагностичного інструментарію.

## Оцінка психометричних характеристик тесту

Серед найважливіших психометричних характеристик психодіагностичної методики (тесту) слід назвати: надійність, дискримінативність та валідність.

**1. Надійність тесту** – психометрична характеристика тесту, що являє собою відтворюваність результатів виміру в аналогічних умовах. Вона показує, у якому ступені індивідуальні розходження в тестових результатах виявляються щирими, а в якому ступені можуть бути приписані випадковим помилкам. Контроль даної характеристики є обов'язковим для будь-якого експериментального методу.

Хоча будь-які зміни умов проведення тесту збільшують дисперсію отриманих результатів, головним є питання, чи виступає вона дисперсією помилки або істинною дисперсією. Так, певні фактори в контексті одних завдань є сторонніми, але при рішенні інших – самі виступають джерелом розходжень, як, наприклад, коливання настрою, які знижують надійність інших психологічних показників, але у відношенні яких може бути розроблений власний метод їхнього виявлення.

*Чим вище коефіцієнт надійності, тим менше стандартна помилка виміру індивідуального результату.*

**Методи визначення надійності опитувальника.** Існує два основних методи визначення надійності опитувальника: консистентність та ретестова надійність. В авторському описанні психодіагностичного тесту можуть бути присутні обидва ці показники, але для розрахунку консистентності достатньо й одного з них.

**1.1. Консистентність (чи внутрішня погодженість) тесту** може бути визначена на підставі однократного тестування, що визначається зв'язком кожного конкретного елемента тесту із загальним результатом, тим, наскільки кожний елемент суперечить іншим, наскільки кожне окреме запитання вимірює ознаку, на яку спрямований весь тест.

Визначення консистентності проводиться з використанням наступних методів: **метод розщеплення навпіл (Split-half reliability) та метод обчислення  $\alpha$ -Кронбаха.**

Метод розщеплення навпіл ґрунтується на розділенні тесту на дві рівні частини з подальшим вичисленням кореляції між цими двома масивами даних з використанням формули Спірмена – Брауна. Отриманий в результаті цього коефіцієнт кореляції  $r$  може варіювати у межах від 0 до 1, а найбільш прийнятним його значенням буде те, що прямує до 1.

Розщеплення  $\alpha$ -Кронбаха є розширенням розщеплення Кьюдера – Річардсона, коли пункти шкали теста оцінюються дихотомічно і є теоретично пов'язаними з формулою Спірмена – Брауна, яка використовується в методі розщеплення навпіл.

Коефіцієнт  $\alpha$ -Кронбаха може лежати у межах від 0 до 1:  $\alpha > 0,9$  – відмінна консистентність;  $\alpha > 0,8$  – гарна;  $\alpha > 0,7$  – прийнятна;  $\alpha > 0,6$  – сумнівна;  $\alpha > 0,5$  – малоприслатна;  $\alpha < 0,5$  – неприпустима.

**1.2. Ретестна надійність** визначається на підставі повторного тестування, може бути визначена за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена – Брауна. При використанні шкал відповідей Лайкерта використовується коефіцієнт кореляції Пірсона. Коефіцієнт кореляції  $r$  може лежати у межах від 0 до 1, а найбільш прийнятним його значенням буде те, що прямує до 1. Виходячи з того, що цей показник повинен передбачати, яка частина варіабельності показників є помилковою, в якості мінімально прийнятного його значення слід розглядати  $r = 0,75 \pm 0,05$ ; в якості цілком прийнятного показника –  $r = 0,85 \pm 0,05$ ; в якості відмінного показника –  $r \geq 0,9$ .

**2. Дискримінативність тесту** – психометрична характеристика тесту, що являє собою його здатність установлювати розходження між обстежуваними. Чим більш високий рівень має дискримінативність, тим більше різних груп обстежуваних можна виділити за допомогою даного тесту або окремої його шкали.

Для виміру дискримінативності використовується показник  $\delta$ , запропонований Л. Фергюсоном – це відношення між показником дискримінативності, реально отриманим для деякого тесту, і максимальним значенням дискримінативності, яке може забезпечити такий тест і яке залежить від числа його завдань (пунктів).  $\delta$  може коливатися в діапазоні від 0 до 1, причому, коли  $\delta$  прямує до 1, це свідчить про високий рівень дискримінативності.

**3. Валідність тесту** (від англ. *valid* – що має силу) – психометрична характеристика, яка являє собою дійсну здатність тесту вимірювати той психологічний конструкт, для діагностики якого він заявлений. Валідність тесту визначає, що саме повинен вимірювати тест за припущенням розробників і наскільки добре він це робить. У різних психологічних традиціях виділяють понад 11 видів валідності, причому існують класифікації, які структурують валідність, групуючи деякі її види. Розберемо основні, найважливіші для практики, її види.

**Очевидна валідність**, яка не є у власному змісті психометричним показником тесту, вона характеризує лише враження про тест, як про щось зрозуміле. Це – здатність тесту не провокувати з боку обстежуваного відкидання через незрозумілість процедури тестування. Так, багато психологічних опитувальників мають у своєму заголовку вказівку саме на ті психологічні особливості, які вони вимірюють («Опитувальник переробки стресу», «Опитувальник психосоматичних установок», «Опитувальник соціальної компетентності» і т. д.).

**Критеріальна валідність** визначається з єдиною, вкрай важливою для практики, метою: оцінити індивідуальну прогностичність тесту. Для цього результати виконання тесту зіставляються з безпосередніми й незалежними оцінками (критеріальними ключовими ознаками) того, що повинен передбачати тест. Визначення критеріальної валідності проводиться шляхом розрахунку коефіцієнта дихотомічної кореляції  $\phi$ . Значення  $\phi$  визначається за таблицями розподілу  $\chi^2$  з одним ступенем свободи.

**Прогностична валідність** – це особливий вид критеріальної валідності, яка може бути отримана при порівнянні тестових оцінок із зовнішнім (прагматичним) критерієм, що використовується через певний час після самого тестування. Її основою виступає визначення того, наскільки важлива досліджувана ознака з точки зору діяльності обстежуваного в майбутньому з урахуванням закономірних змін обставин, наприклад, у зв'язку з переходом на інший рівень розвитку.



**Змістовна валідність** властива тестам, які повноцінно моделюють ту чи іншу діяльність, насамперед у її предметному аспекті. Тобто у самому змісті тесту відбиті ключові сторони досліджуваного психологічного явища. Якщо це явище складне, то в тесті повинні бути представлені усі його складові елементи. Змістовна валідність відноситься насамперед до тестів досягнення, а для тестів здатності і тестів особистості цей тип валідності неадекватний і не застосовується.

**Конструктивна валідність**, обґрунтована в 1955 р. Л. Кронбахом, подає інформацію про ступінь здатності до виміру тестом такої риси, що була виділена теоретично (або конструктивно). Коли складно знайти єдиний адекватний прагматичний критерій, може бути обрана орієнтація на гіпотези, сформульовані на основі теоретичних припущень про вимірювану властивість як про психологічний конструкт. Підтвердження цих гіпотез свідчить про теоретичну обґрунтованість методики.

Для визначення конструктивної валідності використовуються методи розрахунку **конвергентної та дискримінантної валідності** з використанням крім тесту, який проходить валідацію, інших тестів, одні з яких концептуально пов'язані з ним (конвергентні), а інші, навпаки, не пов'язані (дискримінантні). У цьому випадку, коли показники конвергентних тестів будуть мати високі кореляційні зв'язки з тестом, який валідизується, а дискримінантні, навпаки, будуть мати низькі чи навіть статистично незначущі кореляційні зв'язки, конструктивна валідність може бути визнана високою. Коефіцієнт валідності повинен бути статистично значущим. Низьким вважається коефіцієнт валідності порядку 0,20–0,30; середнім – 0,30–0,50 і високим – понад 0,60.

Визначення конструктивної валідності також проводиться з використанням конфірматорного чи експлораторного факторного аналізу. При цьому для кожного пункту факторне навантаження, яке є рівним або таким, що перевищує 0,4 (за К. Купером), розцінюється як достатня, за умови, що інші факторні навантаження по даному пункту прагнули до нуля.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** варіанти описання експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків щодо конкретних тестів та можливості їх використання для проведення психологічного експеримента.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Акимова Л. Н. Основы психометрии. Методические указания к курсу / Л. Н. Акимова – Одесса : Студия «Негоциант», 2012. – 81 с.
4. John Rust (2007). Psychometrics Centre Discussion piece: The psychometric principles of assessment / Research Matters: A Cambridge Assessment publication.: ISSUE 3 / JANUARY 2007., pp. 25–27. Режим доступу: <https://www.cambridgeassessment.org.uk/Images/505311-discussion-piece-the-psychometric-principles-of-assessment.pdf>

## ТЕМА 2

### ОСОБИСТІСТЬ ТА ХВОРОБА. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ

---

#### *Еталон практичної навички № 2.1*

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТА

#### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

Однією з важливих особливостей медичної психології є те, що в ній, на відміну від інших, суто гуманітарних напрямків психології, поняття темпераменту, характеру (характерологічних особливостей) та особистості мають суто утилітарне значення. Це складає одну з серйозних проблем, особливо при вивченні цієї дисципліни. Тому ми не будемо розглядати філософські, соціальні та мистецькі погляди на ці поняття, але, залишаючись на природознавчих позиціях, дамо чіткі визначення цих понять, які буде зручно запам'ятати та надалі використовувати в процесі психодіагностичного оцінювання особливостей пацієнта.

**Темперамент** (лат. *temperamentum* – стійка суміш частин) – це комплекс індивідуальних особливостей нервово-психічних процесів людини, суто обумовлених типом її вищої нервової діяльності.

Архаїчні назви типів темпераменту, які збереглися з часів Гіппократа та Галена, звісно не мають ніякого відношення ані до «лімфи», ані до «крові», ані до «жовтої» чи «чорної жовчі». Використання цих назв зберігається внаслідок моди у XIX сторіччі на використання «мертвих» мов в побудові нових наукових термінів. Сучасний науково-обґрунтований погляд на темперамент сформував академік І. П. Павлов, який в результаті тривалих експериментів із ссавцями, ґрунтуючись на понятті «сили нервових процесів», виділив **чотири основних типи нервової діяльності**, які дійсно були близькими до традиційної типології Гіппократа. І. П. Павлов розумів тип

нервової діяльності як вроджену, таку, яка дуже слабо піддається будь-яким змінам під впливом виховання, біологічну особливість, яка є фізіологічною основою темпераменту і проявляється у психічній діяльності. Сам І. П. Павлов і запропонував розповсюдити класифікацію, побудовану на результатах дослідження функціонування ЦНС собак, на людей:

Сильний, нерівноважений, рухливий тип нервової системи, в якому обидва процеси сильні, але переважає збудження – **сангвінік**.

Сильний, врівноважений, інертний тип нервової системи, в якому процес збудження добре балансується з процесом гальмування – **флегматик**.

Сильний, нерівноважений, з перевагою процесів збудження – **холерик**.

Слабкий, що характеризується слабкістю як процесів збудження, так і гальмування – **меланхолік**.

Дослідження темпераменту пацієнта починається зі спостереження і аналізу особливостей його поведінки під час діагностичної бесіди. Характерні риси того чи іншого типу темпераменту є виключно відображенням переваги та збалансованості процесів збудження та гальмування ЦНС і їх не слід плутати з проявами характерологічних та особистісних особливостей. Важливими є також непрямі ознаки конкретного типу темпераменту, які можливо отримати під час психологічного експерименту, оцінюючи характеристики уваги, пам'яті, сприйняття та емоційно-вольової сфери психіки.

При **сангвінічному типі темпераменту** умовні рефлекси, як збудливі, так і гальмівні, утворюються легко, є міцними і точними. При зіткненні двох протилежних нервових процесів у них не зникають зриви продуктивності вищої нервової діяльності. Сангвініки легко збуджуються і так само швидко гальмують свої бажання і потяги. Безумовні рефлекси повністю регулюються у нього функціонально сильною корою. Коркові реакції інтенсивні і відповідають силі подразників. Характерним для сангвініка є оптимальна взаємодія кіркових і підкіркових формацій, внаслідок чого він легко

контролює свої емоції, відповідно до зовнішнього середовища. Риси сангвінічного темпераменту також по-різному проявляються, залежно від спрямованості діяльності людини. У людей, позбавлених серйозних інтересів у житті, сангвінічний темперамент часто пов'язаний з легковажністю, пустотою, нестійкістю і поверховістю суджень.

Типовими ознаками **холеричного темпераменту**, передусім, є те, що позитивні рефлекси у таких людей виробляються легко і залишаються стійкими при різноманітних умовах, гальмівні ж рефлекси виробляються з труднощами. Для таких людей характерною є циклічність в діяльності і поведінці. Непостійність настрою і циклічність поведінки у холерика є наслідком невірноваженості його вищої нервової діяльності, що проявляється в переважанні збудливого процесу, недостатності гальмівного процесу. Вольові дії холерика поривчасті. В доброму настрої, при виконанні захоплюючої справи він спроможний до сильної концентрації уваги, але виявляє недостатню здатність до комплексної реактивності та переключення уваги. Холерик відзначається підвищеною збудливістю та емоційною реактивністю, у спілкуванні він часто буває запальним, різким, прямолінійним, але може тривалий час невтомно працювати.

**Флегматичний темперамент** характеризується тим, що умовні рефлекси утворюються дещо повільніше, ніж у сангвініка, але вони також виявляються досить стійкими. Реакції оптимально пристосовані до сили умовних рефлексів, тобто слабкі подразники завжди викликають слабку, а сильні – сильну реакцію, хоча через свою інертність такі люди нерідко не встигають реагувати на швидкі зміни середовища. Флегматики відзначаються нормальною взаємодією між кірковими і підкірковими процесами, що дає їм можливість непогано контролювати, затримувати та регулювати рефлекси й емоції. Почуття у флегматиків виникають повільніше, ніж у сангвініків і холериків, але відзначаються силою, тривалістю і водночас стриманістю у своїх зовнішніх проявах, слабкою експресивністю. Флегматик відзначається великим терпінням і самовладанням, завдяки чому домагається високої продуктивності в робо-

ті. Безумовно, особливості темпераменту по-різному проявляються, залежно від широти, змістовної і суспільної важливості інтересів людини та рівня її розумового розвитку.

Вища нервова діяльність **меланхоліка** характеризується слабкістю як збудливого, так і гальмівного процесів. Позитивні умовні рефлекси у нього виявляються нестійкими, від найменшої зміни оточення легко гальмуються. Реакції меланхоліків часто не відповідають силі подразників. Особливо послаблене у них внутрішнє гальмування з переважанням зовнішнього гальмування. Внаслідок цього їм властиві легкі відхилення уваги, низька комплексна реактивність, недовгочасне зосередження на об'єктах діяльності. Слабкість гальмування і неврівноваженість між збудливими і гальмівними процесами приводять до того, що всякий сильний вплив на меланхоліка з боку оточуючих може викликати застійні гальмівні стани. Для меланхоліка характерним є пасивно-захисний рефлекс і природна обережність.

Слід підкреслити, що темперамент не визначає здібностей людини і позбавлений самостійного значення, той чи інший темперамент неможливо розцінювати як «добрий» чи «поганий», негативну чи позитивну роль він може грати в залежності від інших якостей, а саме – характеру й особливостей особистості.

Теорія та типологія темпераменту набула у XX сторіччі широкого розвитку, доповнюючись новими складовими та характеристиками, які вносили такі вчені, як Г. Айзенк, Р. Кеттел, Б. М. Теплов, В. Д. Небиліцин, В. М. Русалова та ін.

На сьогодні розроблені чисельні специфічні психологічні тести та методологічні підходи для дослідження темпераменту.

З метою закріплення розуміння поняття «темперамент» пропонуємо в якості прикладу розглянути один з найпопулярніших тестів для дослідження темпераменту методика «Eysenck Personality Inventory» (EPI), розроблену Г. Ю. Айзенком.

Відповідно до позицій Айзенка, змінні «екстраверсія – інтроверсія» і «нейротизм – емоційна стійкість», які він використовує у своєму тесті, є ортогональними, тобто незалежними, і кожна являє собою континуум між двома полюсами вкрай вираженої осо-

бистісної властивості. Для дослідження цих характеристик особистості Г. Ю. Айзенк у 1963 р. розробив опитувальник EPI, який є розвитком та удосконаленням існуючих раніше опитувальників Айзенка MMQ (1947 р.) і MPI (1956 р.). EPI містить 57 питань, з яких 24 працюють за шкалою «екстраверсії – інтроверсії», інші 24 питання – за шкалою «нейротизму – емоційної стійкості», а решта входять у контрольну L-шкалу, призначену для оцінки щирості обстежуваного, його ставлення до обстеження та достовірності результатів. Низькі бали за шкалою «екстраверсії – інтроверсії» означають інтроверсію, високі – екстраверсію. Низькі бали за шкалою «нейротизму – емоційної стійкості» означають стабільність, високі – емоційну нестабільність.

Кінцевий результат тесту досягається шляхом використання графічного «кола Айзенка» – прямокутній (декартовій) системі координат, в якій вісь абсцис – це шкала «екстраверсії – інтроверсії», а вісь ординат – шкала «нейротизму – емоційної стійкості». Ці шкали перехрещуються на позначці «12 балів», утворюючи таким чином чотири квадранти: I квадрант – холерик; II квадрант – меланхолік; III квадрант – флегматик; IV квадрант – сангвінік. Таким чином, перехрещення координат за осями абсцис та ординат дає крапку, яка співпадає з відповідним квадрантом темпераменту.

Наприкінці необхідно зазначити, що основна практична цінність дослідження темпераменту в медичній психології – це дитяча психопатологія, особливо – психопатологія раннього дитячого віку. Для дослідження психічного стану дорослих особливості темпераменту мають здебільшого науковий інтерес, а великого практичного значення не мають (за виключенням вирішення питань спеціалізованого професійного медично-психологічного відбору), бо його особливості поглинаються іншими, складнішими надбудовами, такими, як характер та особистість.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного експеримента.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. М'ясоїд П. А. Загальна психологія : навчальний посібник. – К. : Вища школа, 2001. – 487 с.
4. Основи практичної психології : підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536 с.
5. Основи психології : підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – К. : Либідь, 2002. – 630 с.
6. Практикум із загальної психології / За ред. Т. І. Пашукової– К. : Т-во «Знання», КОО, 2000. – 204 с.
7. Психологія : підручник / За ред. Ю. Л. Трофімова. – К. : Либідь, 2001. – 390 с.



## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТА**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

**Характер** (від грецьк. χαρακτήρ – ознака, чеканка, зарубанка) – це підструктура особистості, яка складається з індивідуально-своєрідного комплексу стійких рис чи диспозицій, які визначають специфічні для особистості типові стереотипи поведінки у взаємодії з іншими індивідами та з викликами навколишнього світу.

В американській академічній психології поняття характеру в другій половині XX сторіччя майже не застосовувалось, зберігаючись тільки у клінічно-орієнтованих підходах, тоді як у європейській психології (яка базується на класичних німецькій та французькій наукових школах психіатрії) поняття характеру до теперішнього часу є одним з найбільш важливих загальнопсихологічних понять.

На практиці найзручнішим є описове позначення характеру за найбільш вираженими його рисами. Виявлення цих рис проводиться в результаті аналізу поведінки пацієнта під час діагностичної бесіди та експериментально-психологічного дослідження, анамнезу його життя, даних, отриманих від близьких родичів, друзів, колег та ін.

Як приклад назвемо деякі найбільш розповсюджені риси характеру: егоїзм, альтруїзм, егоцентризм, замкнутість, товариськість, владність, педантичність, впертість, рішучість, нерішучість, мрійливість, практичність, захопленість, байдужість, аморальність, діяльність (активність), лінивість (пасивність), запальність, спокійність, тривожність.

З позицій медичної психології значення має не описання характеру само по собі, а оцінювання його гармонійності чи його змін внаслідок захворювань. Перший варіант (гармонійність, сформованість характеру) дає можливість оцінювати відповідність розвитку дитини її біологічному віку, а також продовжувати діагностичний пошук в напрямку виявлення розладів особистості, аутизму чи пре-

морбідних станів цілої низки хронічних психічних захворювань. Другий варіант спрямовує діагностичний пошук на виявлення наслідків психічного чи соматичного захворювання (органічні зміни особистості, формування шизофренічного дефекту, зміни особистості після перенесеної хвороби тощо).

І останнє, найбільш складне та інтегральне поняття, яке ми розглянемо в цьому розділі – це особистість.

**Особистість** – поняття, яке включає в себе, крім темпераменту та розвиненого на його ґрунті, внаслідок зовнішніх впливів, характеру, ще й суто соціально-культуральний компонент (небіологічні потреби, переконання, ідеали, здібності та ін.). Якщо вивчення особливостей характеру може пояснити механізм реакцій та дій людини, то вивчення його особистості дасть можливість відповісти на питання, з якою метою і внаслідок чого він так діяв.

Таким чином, для повного обстеження особистості необхідним є оцінювання не тільки темпераменту та характерологічних особливостей пацієнта, але й особливостей її потреб, інтересів, спрямованості, ідеалів, а також її здібностей і обдарованості. Наведемо короткі пояснення цих досить «літературних» термінів, які медичні психологи вимушені використовувати в процесі діагностичного пошуку.

**Потреба** – відображення в свідомості людини нужд в чомусь. Вони включають в себе як первинні, тваринні потреби (спрага, голод, сексуальний потяг, потреба в сні, потреба в безпеці тощо), так і більш складні потреби, які є характерними тільки для людини: моральні, естетичні та інтелектуальні потреби.

В «гуманітарних» напрямках психології найбільшу популярність має класифікація потреб, розроблена Abraham Maslow (1954). В цій класифікації базисом виступають фізіологічні потреби (їжа, спрага, відпочинок); більш високий рівень потреб – потреба у безпеці, ще більш високий рівень – потреба у належності до соціальної групи (сім'я, група друзів, трудовий колектив, нація, релігійна спільнота і т. д.); ще більш високий рівень потреб – це потреби у визнанні та повазі в соціальному колективі; наступний рівень – потреби пізнавальні (включаючи природну допитливість людини); передостан-

ній рівень – естетичні потреби і найвищий рівень потреб – потреба в самоактуалізації (рис. 1).

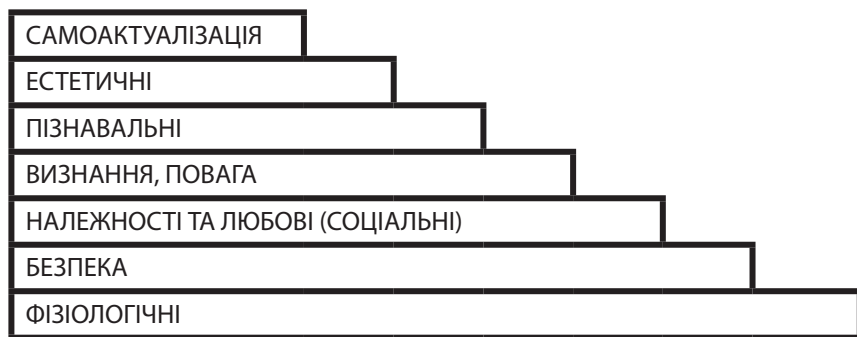


Рисунок 1. «Піраміда потреб» А. Маслоу.

Треба зазначити, що, незважаючи на велику популярність, класифікація А. Маслоу, як і його роботи, що призвели до її побудови, багато років піддаються досить серйозній критиці.

Одна з найбільш лаконічних і чітких класифікацій потреб людини, яка, на нашу думку, є більш зрозумілою для медичних психологів, була розроблена академіком П. В. Сімоновим (1975):

1. Вітальні потреби (у їжі, воді, сні, сексі, захисті від небезпеки, економії сил тощо);

2. Соціальні потреби (у спілкуванні, повазі та любові з боку інших, потреба виконувати норми поведінки мікросоціальної чи макросоціальної групи – потреба в ідеології тощо);

3. Ідеальні потреби (пізнання навколишнього світу, себе, своєї ролі в житті родини, суспільства тощо)

За класифікацією П. В. Сімонова вітальні та соціальні потреби також можна розділити на потреби «для себе» та «для інших», а ідеальні потреби неділимі, вони тільки «для себе», хоча результат їх задоволення може бути використаний іншими (твори мистецтва, філософські роботи та ін.).

Перевага тих чи інших потреб формує **інтереси особистості**, які впливають на її поведінку та появу, у випадку їх задоволення,

відчуття задоволення, чи, навпаки, у випадку неможливості задоволення своїх потреб – стану **фрустрації** (лат. *frustratio* – невдача).

Для клінічного оцінювання особистості велике значення має зміст та спрямованість інтересів, наскільки вони виражені чи слабкі, глибокі чи поверхневі, стійкі чи короткотривалі, сфокусовані, вузькі чи широкі та багатогранні і т. п.

Наступною характеристикою, яка дозволяє оцінити сформованість та гармонійність особистості, є **життєві цілі** людини, які передбачають усвідомлення своїх потреб, інтересів та шляхів їх задоволення. Слід зазначити, що формування життєвих цілей має зворотній зв'язок з потребами та інтересами, пріоритети яких можуть змінюватись в процесі формування та зміни цілей. Під час психологічного обстеження необхідно оцінити адекватність, гармонійність, принципову досяжність, соціальну зрозумілість життєвих цілей пацієнта з урахуванням його освіти, життєвого досвіду, соціального статусу та життєвих досягнень.

З життєвими цілями тісно пов'язане наступне визначення – **ідеали особистості**. Це штучно зроблені, чи взяті з реального життя, образи особистості, на яку людина хотіла би бути подібною.

Наступною важливою характеристикою особистості є її **переконання** – міцні, тривалі, усвідомлені інтелектуальні конструкти (вірування), які використовуються при прийнятті рішень щодо напрямків поведінки, в т.ч. для задоволення потреб особистості. Серед переконань особистості особливу важливість для медико-психологічного дослідження особистості мають моральні, релігійні та політичні переконання (хоча висновки медичних досліджень і не повинні базуватися на релігійних та політичних переконаннях пацієнта, їх урахування під час діагностичного пошуку є принципово необхідним).

До базових характеристик особистості в науково-методичній літературі нерідко відносять ще й здібності людини, але це поняття має вкрай інтегроване походження, і його, на наш погляд, не зовсім коректно відокремлювати в якості самостійного психологічного феномену.

На початку розділу ми вже торкалися питань використання експериментально-психологічних методик в процесі дослідження особливостей особистості пацієнта. Розглянемо цей напрямок діагностики більш детально.

Залежно від завдань, які стоять перед медичним психологом, експериментально-психологічні методики, що використовуються для вивчення особистісних особливостей, включають в себе (за Р. Брікенкампом):

**1. Слабко стандартизовані особистісні тести.** Це, більшою мірою, проєктивні тести (лат. *projectio* – кидання вперед), в основі яких лежить механізм психологічного захисту, вперше описаний З. Фрейдом. Для вивчення особливостей психіки вперше такі тести були використані ще наприкінці XIX сторіччя Ф. Гальтоном, В. Вундтом, Д. Кеттелом та Е. Крепелінім. Розглянемо в якості прикладів деякі проєктивні особистісні тести, які найбільш широко використовуються в практичній медицині.

**«Тематичний аперцептивний тест»** (Thematic Apperception Test – TAT) Г. Мюррея і К. Морган. В якості стимульного матеріалу виступають чорно-білі картинки, на яких зображені різноманітні ситуації соціальної невизначеності, які не припускають однозначного тлумачення. Пацієнту пропонується описати ситуацію на картинці, висловити припущення про те, що, на його думку, могло сприяти виникненню цієї ситуації, що може статися далі, про що думають та відчувають персонажі картинки.

Після отримання відповідей, вони аналізуються відповідно до стандартизованого протоколу, з урахуванням певних особливостей, суперечливостей та збігів проєкцій пацієнта. При аналізі відповідей пацієнта медичний психолог намагається знайти певні психологічні тенденції:

- Відхід від правильних відповідей (поведінка, спрямована на ухиляння від необхідних відповідей), що може свідчити про складнощі в спілкуванні, інтелектуальну обмеженість, знижену здатність до інтеграції.

- Позиція персонажів (прийняття місця того чи іншого персонажа на зображенні в особистих або суспільних відносинах), яка

свідчить про схильність до певних варіантів вирішення конфліктів та інших життєвих ситуацій.

- Солідаризація (розуміння певної особи, співчуття їй та поділ її поглядів) визначає певні особистісні особливості пацієнта.

- Помилки сприйняття (називання, але не вигадкування і додавання предметів не того типу і виду, що зображені на малюнку) – ознака домінування міцних установок.

- Кількість деталей (значна чи мала кількість деталей, взятих з картини) означає відповідно: схильність до орієнтації на ситуативно-значимі об'єкти середовища, чи знижена увага до навколишнього, самостійність та незалежність особи).

- Загальний час розповіді – тривалі розповіді без пауз по всіх картинках (багата уява і схильність до фантазування), вибірково тривала розповідь (конкретний сюжет захоплює пацієнта), розповідь з паузами в середині розповіді (афективні реакції).

За результатами проведеного аналізу складається висновок про особистість пацієнта, який містить його судження про своє середовище, особливості самосвідомості та усвідомлення навколишнього, спрямованість, переконання та характеристики емоційно-вольової сфери і переважаючі способи реагування.

Ще одним прикладом слабо структурованих особистісних тестів може служити наступна проективна методика – фрустраційний тест С. Розенцвейга.

**«Фрустраційний тест С. Розенцвейга»** (додаток 2.2) побудований на евристичній класифікації типів реакції фрустрації, яку С. Розенцвейг розглядав в якості бази для змін проекції особистості. Фрустраційний тест призначений для вивчення реакцій особистості на невдачу та способів виходу з неї. Він містить в собі 16 ситуацій, в яких виникає перешкода (його ображають, зупиняють) та 8 ситуацій, в яких пацієнта звинувачують у чомусь. Стимульний матеріал складається з 24 малюнків, створених на кшталт «коміксів», на яких зображені люди в проблемних ситуаціях, причому один з персонажів говорить фразу, в якій описується зміст проблеми, а над іншим персонажем, з яким повинен асоціювати себе пацієнт, зображений порожній квадрат, в якому повинна бути відповідь (на

картках стимульного матеріалу ці відповіді не записуються – для цього використовують окремі бланки).

Кожна з отриманих відповідей оцінюється, відповідно до теорії, за двома критеріями: за напрямком реакції і за її типом.

За напрямком реакції поділяються на: *екстрапунітивні* (реакція спрямована на живе або неживе оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації, підкреслюється ступінь фруструючої ситуації, іноді вирішення ситуації вимагають від іншої особи); *інтропунітивні* (реакція спрямована на самого себе, з прийняттям провини або ж відповідальності за виправлення ситуації, що виникла; фруструюча ситуація не підлягає засудженню) та *імпунітивні* (фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, подолане згодом, звинувачення оточуючих або самого себе відсутні).

За типом реакції поділяються на: *перешкодно-домінантний* (тип реакції «з фіксацією на перешкоді» – перешкоди, що викликають фрустрацію, всіляко акцентуються, незалежно від того, розцінюються вони як сприятливі, несприятливі або незначні); *само-захисний* (тип реакції «з фіксацією на самозахисті» – активність в формі осуду будь-кого, заперечення чи визнання власної провини, спрямовані на захист свого «Я», відповідальність за фрустрацію нікому не може бути приписана); *необхіднісно-завзятий* (тип реакції «з фіксацією на задоволенні потреби» – постійна потреба знайти конструктивне вирішення конфліктної ситуації в формі або вимоги допомоги від інших осіб, або прийняття на себе обов'язків вирішити ситуацію, або впевненості в тому, що час і хід подій приведуть до її вирішення).

Після цього обчислюється коефіцієнт групової конформності (GCR) – міра індивідуальної адаптації суб'єкта до свого соціального оточення. Показник GCR відображає відсоток збігів рахункових чинників конкретного пацієнта (в балах) із загальним числом стандартних для популяції відповідей.

Значущими для інтерпретації результатів дослідження є сумарні показники тесту, їх «загальний профіль» і відповідність стандартним нормативам групи. Показники тесту відображають не структурні особистісні побудови, а індивідуальні динамічні характерис-

тики поведінки. Висока екстрапунітивність в тесті часто пов'язана з неадекватною підвищеною вимогливістю до оточення і недостатньою самокритичністю. Зростання екстрапунітивності спостерігається в обстежуваних після соціального або фізичного стресового впливу.

Підвищений показник інтропунітивності зазвичай вказує на надмірну самокритичність або невпевненість пацієнта, знижений або нестабільний рівень загальної самоповаги. Домінування імпульсивних реакцій означає прагнення залагодити конфлікт, зам'яти незручну ситуацію. Типи реакцій і показник GCR, відмінні від стандартних даних, бувають характерними для осіб з відхиленнями в різних сферах соціальної адаптації.

**2. Опитувальники рис особистості** – це психологічні тести, які спрямовані на вивчення окремих характерологічних рис (навіть однієї чи декількох). Серед найбільш розповсюджених в клінічній практиці слід назвати різноманітні шкали для вимірювання рівня страху, агресивності, імпульсивності, локусу контролю тощо, а також «Моудслейський особистісний опитувальник» (Maudsley Personality Inventory – MPI) та **«Особистісний опитувальник Айзенка»** (Eysenck Personality Inventory – EPI), наведений у додатку 2.1.

**3. Типологічні особистісні опитувальники** дозволяють оцінити особистість в цілому, не розглядаючи її як комбінацію окремих рис. Найбільш розповсюдженим опитувальником такого типу, починаючи з другої половини XX сторіччя і до теперішнього часу, безперечно є **«Міннесотський багатofакторний особистісний опитувальник»** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI, S. R. Hathaway, and J. C. McKinley). Дана методика є тестом анкетного типу, яка (у варіанті адаптації тесту Ф. Б. Березина, М. П. Мирошникова, Р. Б. Рожанець) складається з 377 тверджень, які пацієнту необхідно визнати вірними для себе чи невірними (відповіді «вірно» – «невірно»). Результати тестування дозволяють провести оцінювання пацієнта за 10 клінічними шкалами (іпохондрії, депресії, конверсійної істерії, психопатії, паранойяльності, психастенії, шизоїдності, гіпоманії, сексуальності, соціальної інтраверсії) та 3 корекційними шкалами, значення яких має кількісне вираження



у Т-балах від 0 до 100. Отримані результати Т-балів відмічаються на стандартизованих бланках з осями абсцис – номер шкали та осями ординат – кількість Т-балів. Це дає можливість побудувати графік – так званий «профіль ММРІ» чи «профіль особистості», який для кожної особи має особливий, індивідуальний вигляд.

Наступний, найбільш творчий етап роботи з використанням ММРІ – це аналіз отриманого «профілю особистості», тобто його «підйомів» та «падінь», «підвищень» та «знижень» на вказаних вище шкалах методики і, особливо, сполучення «підвищень» та «знижень» на окремих шкалах. Отриманий в результаті такого аналізу результат дає можливість скласти досить ретельне та цілісне описання особистості пацієнта.

На сьогодні розроблений і широко використовується новий варіант цього опитувальника – ММРІ-2 (J. N. Butcher, J. R. Graham, Y. S. Ben-Porath, A. Tellegen, W. G. Dahlstrom, B. Kaemmer, 1989), в який була введена ціла низка додаткових шкал та критеріїв оцінювання. Опитувальник складається з 567 тверджень, з яких 394 були взяті з ММРІ, 66 тверджень – модифіковані, а 107 тверджень додані. Результати тестування дозволяють провести оцінювання пацієнта не за 13, а вже за 46 шкалами, з яких перші 6 – контрольні шкали, 10 інших – основні шкали, а також 15 додаткових шкал та 15 змістовних шкал.

***Контрольні шкали (оцінювання достовірності результатів тестування та ставлення пацієнта до обстеження):***

Шкала неправди (L) – вимірює тенденцію демонструвати себе в соціально прийнятному світлі;

Шкала достовірності (F) – показник достовірності результатів тесту;

Шкала корекції (K) – виявляє захисну реакцію на тестове випробування;

Шкала Fb – дозволяє оцінити рівень уважності обстежуваного в процесі тестування;

Останні дві шкали – шкала Vrin та шкала TRIN вимірюють несумісності відповідей, оцінюючи ступінь вираженості тенденції суперечити у відповідях.

**Основні шкали (виявлення основних особистісних особливостей):**

1. HS (іпохондрії) – схильність до іпохондрії, пошуку проблем з фізичним здоров'ям, діагностує невротичних іпохондриків;
2. D (депресії) – різні прояви депресії;
3. Hy (істерії) – основні конверсійні симптоми;
4. Pd (психопатії) – порушення особистості з характерними проблемами контролю над емоційними реакціями;
5. Mf (маскуліності-фемінінності) – диференціює чоловіків і жінок з девіаціями гендерних відмінностей;
6. Pa (параноїдності) – шкала включає в себе параноїдальні симптоми, маячні думки;
7. Pt (психастенії) – включає симптоми фобій та obsесивно-компульсивні компоненти;
8. Sc (шизофренії) – верифікує осіб з незвичайною чуттєвістю і переживаннями, характерними для шизофренічного реєстру;
9. Ma (манії) – виявляє осіб з високим рівнем активності, маніакальністю та ідеями величчя;
10. Si (соціальної інтроверсії) – діагностує ступінь соціальної орієнтованості.

**Додаткові шкали (поглиблене вивчення та диференційна діагностика різних клінічних порушень):**

- Фактор А – оцінює рівень стресу, емоційного дискомфорту;
- Фактор R – виявляє прагнення уникнення неприємної ситуації;
- Es – визначає тенденцію піддаватися психотерапевтичному впливу;
- MAC-R – виявляє схильність до залежного поведінки, алкоголізму та наркоманії;
- O-H (гіперконтрольована ворожість) – оцінює здатність переносити розчарування;
- Do (перевага) – здатність брати на себе контроль над ситуацією в міжособистісних відносинах;
- Re (соціальна відповідальність) – рівень сприйняття соціальної відповідальності;

- Mt (шкала дезадаптації) – виявляє осіб з низьким адаптаційним потенціалом;
- шкала Gm і шкала Gf (шкали гендерних ролей) – виявляють уявлення пацієнта щодо сприйняття сексуальних ролей;
- шкала Pk і шкала Ps – шкали посттравматичного стресового розладу;
- MDS (шкала сімейного лиха) – визначає зміни в стосунках партнерів;
- APS (потенційної наркоманії) – верифікує осіб з тенденцією до розвитку наркоманії або залежності від психоактивних речовин;
- AAS (активних споживачів наркотиків) – верифікує осіб, що зловживають наркотичними і психоактивними речовинами.

***Змістовні шкали (діагностика особливих станів особистості):***

- Anx (тривога) – акцентування на загальних симптомах занепокоєння, соматичних проблемах, труднощах зі сном і концентрацією уваги;
- Frs (побоювання) – фобічний компонент;
- Obs (обсесії) – нав'язливість в мисленні;
- Dep (депресії) – наявність депресивних думок;
- Nea (турбота про здоров'я) – виявляє респондентів, які роблять акцент на соматичних симптомах;
- Biz (дивні думки) – виявляє осіб з психотичними порушеннями мислення;
- Ang (ярість) – осіб з порушенням контролю гніву;
- Cun (цинізм) – встановлює наявність зухвало-зневажливого і презирливого ставлення;
- Asp (асоціальна поведінка) – виявляє респондентів з проблемами асоціальної поведінки в минулому;
- Tra (тип A) – близькість особистості до типу A (тип поведінки під час стресу, що характеризується підвищеною експресивністю);
- Lse (низька самооцінка) – виявлення зі зниженим уявленням про себе;
- Sod (соціального дискомфорту) – виявлення осіб, які відчувають дискомфорт, перебуваючи в групі;

- Fam (сімейних проблем) – виявляє респондентів з проблемами в сімейних відносинах;
- Wrk (складності в роботі) – допомагає виявляти респондентів, які відчувають проблеми на роботі;
- Trt (негативне ставлення до лікування) – виявляє осіб, які відчувають негативне ставлення до психіатричного лікування.

На теперішній час розроблений черговий перегляд MMPI-2 – MMPI-2RF (2007 р.), але доцільність його широкого використання ще знаходиться на етапі обговорення в науковій спільноті.

У 2014 р. MMPI-2 був адаптований для використання в Україні (Л. Бурлачук та ін.), який до теперішнього часу, крім військово-лікарських комісій МВС України, в клінічній практиці не використовується внаслідок його високої вартості (авторські права належать The University of Minnesota Press, USA. Pearson Assessments, USA).

Ще одним з типових представників типологічних особистісних опитувальників є **«Опитувальник Шмішека»** (Schmieschek Fragebogen) – додаток 2.3, розроблений для визначення акцентуації характеру пацієнта. Цей тест також опирається на феноменологічний принцип, тому незалежність шкал, які його складають, не є необхідною. Методика являє собою структуроване інтерв'ю (88 тверджень) з дихотомічним варіантом відповідей – «вірно» – «невірно» і складається з 10 шкал, які відповідають типам акцентуацій характеру Карла Леонгарда. Підрахунок ведеться за окремими шкалами з використанням відповідних коефіцієнтів. Максимальний показник по кожному типу акцентуації дорівнює 24 балам. Якщо результат перевищує 12 балів, вважається, що мають місце окремі ознаки, характерні для цього типу акцентуації; якщо результат знаходиться у діапазоні від 15 до 18 балів, вважається, що мають місце тенденції акцентуованої особистості; якщо результат перевищує 19 балів – має місце виражена акцентуація особистості.

**4. Опитувальники інтересів.** Це психологічні тести, які дають можливість дослідити ступінь інтенсивності роботи, відношення до предметів діяльності (робота з механізмами, спілкування з людьми тощо), до конкретних операцій (спостереження, аналіз тощо) чи давати комплексну оцінку відношенню пацієнта до багатьох аспектів

життя (роботи, навчання, спорту, іграм, особистісним стосункам тощо). Прикладом таких опитувальників може бути **«Опис інтересів Стронга – Кемпбелла»** (Strong-Campbell interest inventory), який є комбінацією «Бланку професійних інтересів для чоловіків Стронга» (Strong Vocational Interest Blank for Men) та «Бланку професійних інтересів для жінок Стронга» (Strong Vocational Interest Blank for Women). Опитувальник містить 325 запитань з трьома варіантами відповідей: «подобається», «байдуже» та «не подобається». Питання структуровані в 162 професійні шкали, 6 загальних професійних тем (авантюристична, художня, підприємницька, дослідницька, практична, соціальна), 23 шкали загальних інтересів, 2 спеціальних шкали (академічного комфорту та інтроверсії-екстраверсії) та декілька додаткових показників, які використовуються для контролю достовірності отримуваних даних.

**5. Опитувальники комунікативних стилів.** Опитувальники, які відносяться до цієї групи, почали розроблятися в останні десятиріччя XX ст. До них можна віднести «Індекс соціального інтересу» (Social Interest Index – SII, 1984), «Техаську шкалу соціальної поведінки» (Texas Social Behavior Inventory – TSBI, 1977), «Шкалу самотності» (Loneliness Scale, 1980), «Індекс міжперсональної чуйності» (Interpersonal Reactivity Index – IRI 1983). Усі ці опитувальники представляють собою структуровані інтерв'ю, що включають в себе шкали, які прямо чи непрямо пов'язані з спілкуванням. Наприклад, тест IRI включає в себе такі шкали, як «Знижена самооцінка», «Ідеалістична любов», «Чуттєві відносини», «Соціальний страх», «Безнадійність», «Відчуження та ізоляція», «Відчуття неадекватності», «Втеча від самотності», «Відчай», «Страх саморозкриття», «Невпевненість», «Гіркота», «Запобігання критики», «Депресія» та «Страх зв'язків».

**6. Опитувальники цінностей.** Іноді в клінічній практиці виникають випадки, коли для глибокого вивчення особистості пацієнта, необхідним є дослідження його ціннісної системи, як важливої характеристики особистості. Як приклад таких психологічних тестів наведемо одну з найбільш популярних та відомих методик – **«Ціннісні орієнтації»** М. Рокича – додаток 2.2.

Стимульний матеріал тесту складається з двох списків цінностей по 18 в кожному – список «термінальних цінностей» (цінностей самих по собі) та список «інструментальних цінностей» (тих, які використовуються для досягнення інших цінностей). В якості інструментальних цінностей виступають особистісні риси, які властиві людині (відповідальний, інтелегентний, хоробрий, ввічливий, честолюбний, контролюючий, логічний, чуйний, чесний, потрібний, здібний, чистий, вибаचाючий, веселий, незалежний, слухняний, з широким світоглядом, обдарований уявою), а в якості термінальних – ті, до чого треба прагнути в житті (повноцінна любов, щастя, безпека, задоволення, внутрішня гармонія, відчуття завершеності, мудрість, порятунк, комфортне життя, натхнення, свобода, дружба, краса, визнання, повага, надійна сім'я, рівність, загальний мир).

Пацієнту пропонують присвоїти кожній цінності ранговий номер, після чого ієрархія цінностей аналізується психологом. При цьому треба звертати увагу на перевагу конкретних чи абстрактних цінностей, цінностей професійної самореалізації, особистого життя тощо. З інструментальних цінностей треба виділяти етичні цінності, цінності спілкування, індивідуалістичні та альтруїстичні цінності, цінності самоствердження та прийняття інших. В результаті аналізу треба намагатися знайти певну індивідуальну закономірність в побудові ієрархії цінностей пацієнтом.

**7. Опитувальники установок.** До цієї групи відносяться психологічні методики, які дозволяють вивчити різноманітні особистісні установки: це може бути установка по відношенню до свого соціального оточення («Шкала установок на виховальний клімат» – Attitude toward Educational Co-Workes Scale), відношення особистості до навколишнього світу («Шкала базисних переконань» Япофф-Бульман – World Assumptions Scale, WAS) тощо.

**8. Опитувальники мотивів.** Ця дуже важлива група експериментально-психологічних методик спрямована на дослідження мотиваційної сфери пацієнта, що є вкрай необхідним для розуміння ієрархії системи його потреб. Незважаючи на похідну спрямованість, ці тести побудовані на різних (хоча і не обов'язково таких, що суперечать одна іншій) психологічних концепціях, напри-

клад: «Форма по вивченню особистості» Д. Дженконса (Personality Research Form – PRF) та «Список особистісних переваг» А. Едвардса (Edwards Personal Preference Schedule – EPPS) – на класифікації потреб Г. Мюррея, «Опитувальник для вимірювання результуючої тенденції мотивації досягнення» А. Мехрабіана та «Опитувальник для вимірювання мотивів» Р. Нігарда та Т. Гьєсме – на теорії мотивації досягнення Д. Аткінсона. Крім того, для дослідження мотиваційної сфери використовуються і ті психологічні тести, які концептуально віднесені до інших груп експериментально-психологічних методик (наприклад: Тематичний апперцептивний тест Г. Мюррея, тести незакінчених речень, тести незакінчених оповідань тощо).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного експеримента.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. Б. Рожанец. – М. : Медицина, 1976. – 186 с.
4. Butcher J. N., Dahlstrom W. G., Graham J. R., Tellegen A, Kaemmer B. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. – 1989. – Режим доступу: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.374.5817&rep=rep1&type=pdf>
5. Кортнева Ю. В. Диагностика актуальной проблемы. Методика Леонарда-Шмишека / Ю. В. Кортнева. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 240 с.

6. Психологические тесты для профессионалов / сост Н. Ф. Гребень. – Минск : Современ. шк., 2007. – 496 с.
7. М'ясоїд П. А. Загальна психологія: Навчальний посібник. – К. : Вища школа, 2001. – 487 с.
8. Основи практичної психології : підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536 с.
9. Основи психології : підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – К. : Либідь, 2002. – 630 с.
10. Практикум із загальної психології / За ред. Т. І. Пашукової – К. : Т-во «Знання», КОО, 2000. – 204 с.
11. Психологія : підручник / За ред. Ю. Л. Трофімова. – К. : Либідь, 2001. – 390 с.



## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТА**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Акцентуація особистості (лат. *accentus* – наголос) – надмірне, але непатологічне, посилення індивідуальних рис особистості з тенденцією переходу в патологічні стани під впливом несприятливих умов. Термін введений німецьким психіатром Карлом Леонгардом у 1968 р. та віднесений Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду в якості однієї з проблем, пов'язаних з труднощами підтримки нормального способу життя, до розділу Z – фактори, які впливають на стан здоров'я та звернення до закладів охорони здоров'я (Z73).

#### **1. Демонстративний тип**

Характеризується підвищеною здатністю до витіснення, демонстративністю поведінки, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановленні контактів. Схильний до фантазування, брехливості й удаваності, спрямований на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, до позерства. Їх рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, жадання постійної уваги до своєї персони, жадання влади, похвали; перспектива бути непоміченим обтяжує його. Він демонструє високу прилаштованість до людей, емоційну лабільність (легку зміну настрою) при відсутності дійсно глибоких почуттів, схильність до інтриг (при зовнішній м'якій манері спілкування). Відзначається безмежним егоцентризмом, жадає захоплення, співчуття, шанування, здивування. Зазвичай похвала інших в його присутності викликає у нього особливо неприємні відчуття, він цього не виносить. Прагнення до компанії, зазвичай, пов'язане з потребою відчувати себе лідером, зайняти виняткове положення. Самооцінка сильно далека від об'єктивності. Може дратувати своєю самовпевненістю і високим домаганням, сам систематично провокує конфлікти, але при цьому активно захищається. Володіючи патологічною здатністю до витіснення, він може повністю забути

те, про що він не бажає знати. Це розковує його в брехні. Зазвичай бреше з безневинним обличчям, оскільки те, про що він говорить, в даний момент, для нього являється правдою; мабуть, внутрішньо він не усвідомлює свою брехню, або ж усвідомлює дуже неглибоко, без помітних розкаянь совісті. Здатний захопити інших неординарністю мислення і вчинків.

## **2. Застрагаючий тип**

Його характеризує помірна товариськість, занудливість, схильність до моральностей, неговірки. Часто страждає від уявної несправедливості по відношенню до нього. У зв'язку з цим проявляє настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливий до образ і прикrostей, уразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає те, що сталося, не здатний «легко відходити» від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, жорстка установка і погляд, сильно розвинене честолюбство часто призводить до наполегливого затвердження своїх інтересів, які він відстоює з особливою енергійністю. Прагне добитися високих показників в будь-якій справі, за яку береться, і проявляє велику завзятість в досягненні своєї мети. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, образливість, ревності, підозрілість), інертний в прояві афектів, в мисленні, в моториці.

## **3. Педантичний тип**

Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, тяжкістю на підйом, довгим переживанням травмуючих подій. У конфлікти вступає рідко, виступаючи швидше пасивною, чим активний стороною. У цей час дуже сильно реагує на будь-які прояви порушення порядку. На службі поводить як бюрократ, пред'являючи тим, хто навколо, багато формальних вимог. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті і порядку, скрупульозний, добросовісний, схильний жорстко слідувати плану, при виконанні дій неквапливий, посидючий, орієнтований на високу якість робіт і особливо акуратний, схильний до частих самоперевірок, сумнівів в правильності виконаних робіт, бурмотіння, формалізму. Охоче поступається лідерством іншим людям.

#### **4. Збудливий тип**

Недостатньо керований, послаблений контроль над потягами і спонуками поєднуються у людях такого типу з владою фізіологічних потягів. Йому характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і лайки, до конфліктів, в яких сам і являється активною, провоюючою стороною. Дратівливий, запальний, часто міняє місце роботи, незлагідний в колективі. Відзначається низькою контактністю в спілкуванні, сповільненими вербальними і невербальними реакціями, брутальністю. Для нього жодна праця не стає привабливою, працює лише в міру необхідності, так само й вчиться. Байдужий до майбутнього, живе тільки сьогоднішнім, бажаючи одержати масу розваг. Підвищена імпульсивність або виникаюча реакція збудження тяжко вгамовується і можуть бути небезпечними для оточуючих. Він може бути владним, вибираючи для спілкування найслабкіших.

Акцентуація темпераменту.

#### **5. Гіпертимний тип**

Людей цього типу відрізняє велика рухливість, товариськість, балакучість, виражені жести, міміка, пантоміміка, надмірна самостійність, схильність до пустощів, недолік почуття дистанції у відносинах з іншими. Часто спонтанно відхиляються від первинної теми в розмові. Скрізь вносять багато шуму, люблять компанії однокласників, прагнуть ними командувати. Вони майже завжди мають дуже гарний настрій, хороше самопочуття, високий життєвий тонус, нерідко квітучий вигляд, добрий апетит, здоровий сон, схильні до обжерливості та інших радощів життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажні, поверхневі і, разом з тим, ділові, винахідливі, блискучі співрозмовники; уміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення до самостійності може служити джерелом конфлікту. Їм характерні спалахи гніву, роздратування, особливо коли вони зустрічають сильну протидію, терплять невдачу. Схильні до аморальних вчинків, підвищеної дратівливості, мрійники. Недостатньо серйозно ставляться до своїх обов'язків. Вони тяжко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонної діяльності, вимушеної самотності.

## **6. Дистемічний тип**

Люди цього типу відрізняються серйозністю, наявністю пригніченого настрою, повільністю, слабкістю вольових зусиль. Для них характерні песимістичне ставлення до майбутнього, занижена самооцінка, а також низька контактність, небагатослівність в бесіді, мовчазність. Такі люди є самотниками, індивідуалістами; уникають спілкування, шумних компаній, ведуть замкнутий спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні фіксуватися на тіньових сторонах життя. Вони добросовісні, цінують тих, хто з ними дружить, і готові їм підкорятися, мають загострене почуття справедливості, а також сповільнене мислення.

## **7. Тривожний тип**

Людям даного типу властива низька контактність, мінорний настрій, боязкість, лякливність, невпевненість у собі. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, страшаються залишатися одні. Вони стороняться шумних і жвавих однолітків, не люблять надмірно галасливих ігор, переживають почуття боязкості і соромливості, тяжко переживають контрольні, іспити, перевірки. Часто соромляться відповідати перед класом. Охоче підкоряються опіці старших, нотації дорослих можуть викликати у них розкаяння совісті, відчуття провини, сльози, відчай. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, висока мораль і етичні вимоги. Почуття власної неповноцінності стараються замаскувати в самоствердженні через ті види діяльності, де вони можуть найбільше розкрити свої здібності. Властива їм з дитинства образливість, чутливість, соромливість заважають зближуватися з тими, з ким хочеться, особливо слабкою рисою є реакція на ставлення оточуючих. Непереносимість кепкування, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих звинуваченнях. Рідко вступають в конфлікти з оточуючими, граючи в них в основному пасивну роль, в конфліктних ситуаціях вони шукають підтримки й опори. Вони дружелюбні, самокритичні, старанні. Внаслідок своєї беззахисності нерідко служать «цапом відбувайлом», мішенями для жартів.

## **8. Екзальтований тип**

Яскравою рисою цього типу є здатність захоплюватися, а також – усміхненість, відчуття щастя, радості, насолоди. Ці почуття у них часто можуть виникати з причин, які в інших не викликають великого підйому, вони легко захоплюються радісними подіями і в повному відчаї – від сумних. Їм властива висока контактність, балакучість, закохуваність. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справи до відкритого конфлікту. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною. Вони прив'язані до друзів і близьких, альтруїстичні, мають почуття співчуття, добрий смак, проявляють яскравість і щирість почуттів. Можуть бути панікерами, схильні до миттєвих настроїв, поривчасті, легко переходять від стану захоплення до стану туги, володіють лабільністю психіки.

## **9. Емотивний тип**

Цей тип споріднений з екзальтованим, але вияви його не такі бурхливі. Для них характерна емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, боязнь, глибока реакція у сфері тонких почуттів. Найбільш сильно виражені риси – гуманність, співпереживання іншим людям або тваринам, чуйність, вони м'якосердні, співрадіють чужим успіхам. Вони вразливі, слізливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше інших. Підлітки гостро реагують на сцени з фільмів, де кому-небудь загрожує небезпека, сцена насильства може викликати у них сильні потрясіння, які довго не забувають і які можуть порушити сон. Рідко вступають у конфлікти, образи носять в собі, не «виплюскують» назовні. Їм властиве загострене почуття вини, старанні. Дбайливо відносяться до природи, люблять вирощувати рослини, доглядати за тваринами.

## **10. Циклотимний тип**

Характеризується зміною гіпертимних і дистимних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішньої події. Радісні події викликають у них картини гіпертимії: прагнення діяльності, підвищену балакучість, скачки ідей; сумні – пригніченість, сповільненість реакцій і мислення, тому часто змінюється у них манера спілкування з оточуючими людьми. У підлітковому віці можна виявити два варіанти циклотимічних акцен-

туацій: типовий і лабільний циклоїди. Типові циклоїди в дитинстві, зазвичай, справляють враження гіпертимних, але потім проявляється млявість, знесилення, те, що раніше давалося легко, тепер вимагає надмірних зусиль. Колись галасливі й жваві, вони стають в'ялими домосідами, спостерігається втрата апетиту, безсоння, або, навпаки, сонливість. На зауваження реагують роздратуванням, навіть грубістю і гнівом, в глибині душі, проте, впадаючи при цьому в смуток, глибоку депресію, не виключені суїцидальні спроби. Вчать-ся нестабільно, тяжко надолужують упущене, породжують у собі огиду до заняття. У лабільних циклоїдів фаза зміни настрою, зазвичай, коротша, ніж у типового циклоїда. «Погані» дні відзначаються більш насиченими поганими настроями, ніж млявістю. У період підйому висловлюють бажання мати друзів, бути в компаніях. Настрій впливає на самооцінку.

Г. Шмішек на основі концепції К. Леонгарда розробив і вперше опублікував у 1970 р. «**Особистісний опитувальник для визначення типу акцентуації**» (**Schmieschek Fragebogen**). З його допомогою виявляються наступні десять типів акцентуації: гіпертимність, збудливість, емотивність, дистимія (депресивність), невротичність (тривожно-боязка акцентуація), інтроєктивна (афективно-екзальтована) акцентуація, циклотимічна (афективно-лабільна) акцентуація, застрягаючий (паранойяльна акцентуація), педантизм (ригідна акцентуація) і демонстративність.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного експеримента.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Леонгард К. Акцентуированные личности / Карл Леонгард. – К. : Вища школа, 1989. – 375 с.

2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
3. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
4. Дубравська Д. М. Основи психології : навчальний посібник. – Львів : Світ, 2001. – 280 с.
5. Загальна психологія : підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К. : Либідь, 2005. – 464 с.

### ТЕМА 3

## СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА: ПОРУШЕННЯ ВІДЧУТТІВ, СПРИЙНЯТТЯ, МИСЛЕННЯ ТА ІНТЕЛЕКТУ

---

### *Еталон практичної навички № 3.1*

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СПРИЙНЯТТЯ

### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

**Пізнавальна діяльність** – це процес відображення у психіці людини предметів та явищ дійсності. Вона складається із серії пізнавальних психічних процесів: відчуття, сприймання, уваги, пам'яті, уяви, мислення і мовлення.

**Відчуття** – процес відображення окремих властивостей предмета і явищ об'єктивної реальності при їх безпосередній дії на аналізатор. Саме відчуття лежить в основі пізнавальної діяльності та може розглядатися як аналізаторний, рефлекторний процес.

### **Класифікація рецепторів**

#### ***I. Екстерорецептори (зовнішні)***

1. Дистанційні:

- а) орган зору – око;
- б) орган слуху – зовнішнє і середнє вухо та равлик;
- в) орган нюху – ніс.

2. Контактні:

- а) рецептори дотику і тиснення;
- б) рецептори тепла;
- в) рецептори холоду;
- г) рецептори болю.

#### ***II. Пропріорецептори***

- 1. Рецептори положення і рівноваги – вестибулярний апарат.



2. Рецептори кінестетичних функцій (рецептори в м'язах, сухожилках, суглобах).

### ***III. Інтерорецептори (вісцерорецептори)***

1. Рецептори харчо-травної системи:

- а) рецептори нюху – носоглотка;
- б) рецептори смаку – язик;
- в) сенсорні клітини спраги – слизова глотки;
- г) сенсорні клітини голоду – шлунок;
- д) сенсорні клітини нудоти – шлунок.

2. Рецептори системи кровообігу.

3. Рецептори дихальної системи.

4. Рецептори системи розмноження.

5. Рецептори болю всіх внутрішніх органів.

На функціонування відчуттів впливають сила та тривалість подразника, фізіологічний стан усіх органів та систем організму та стан психіки людини.

Серед основних особливостей функціонування відчуття слід розглянути механізми адаптації, габітуації і сенсibilізації.

*Адаптація відчуттів* приводить до змін чутливості внаслідок тривало діючого подразника (наприклад: адаптація зору при переході із світлого приміщення до темного).

*Габітуація* – це звикання, коли певні подразники стають настільки звичними, що перестають впливати на активність вищих відділів мозку (наприклад: звикання нюхового аналізатора до специфічних запахів приміщень лікарні, до запахів вихлопних газів у великих містах і т. д.).

*Сенсibilізація* – це різко підвищена чутливість до певного подразника. Сенсibilізація зростає у випадках розвитку особливих психофізіологічних станів (внаслідок тривоги, загальної астенизації та ін.).

*Сприймання* – процес трансформації фізичної стимуляції в психологічно оцінювану інформацію; психічний процес, за допомогою якого сенсорні стимули переводяться на усвідомлюваний рівень.

Серед складних форм сприймання виділяють суб'єктивне сприймання часу, простору і руху.

На сьогодні існує велика кількість патопсихологічних тестів, спрямованих на дослідження сприйняття. Як ілюстрацію розглянемо **методику Р. С. Немова «Які предмети заховані в малюнках»** для дослідження дітей віком 4–6 років (додаток 3.1).

### **Найбільш розповсюджені симптоми порушень сприймання**

**Анестезія** – повна відсутність відчуття до зовнішніх подразників.

**Гіпоестезія** – збільшення порогу сприйняття зовнішніх подразників.

**Гіперестезія** – зниження порогу сприйняття зовнішніх подразників.

**Метаморфопсії** – порушення сприйняття розміру (**мікропсія** та **макропсія**) чи форми (**дисмегалопсія**) предметів.

**Аутометаморфопсія** – порушення сприймання розміру чи форми свого тіла (в т. ч. його окремих частин).

**Ілюзії** – помилкові сприйняття, за наявності яких відображення реального подразника зливається з уявленнями подразника, якого не існує. Виділяють три види ілюзій:

1) фізичні ілюзії – це порушення сприйняття, які пояснюються законами фізики;

2) фізіологічні ілюзії – це порушення сприйняття, які виникають в особливих психофізіологічних станах (тривожне очікування, депривація сну, фізичне перенавантаження та ін.);

3) патологічні ілюзії – це порушення сприйняття, які є проявами психопатологічного стану.

**Парейдолії** – зорові ілюзії, які виникають з реального зорового підґрунтя (гри світла та тіні, орнаменту шпалер тощо).

**Акоазми** – елементарні слухові обмани у вигляді шуму, стукоту, гуркоту, шипіння, пострілів тощо.

**Агнозія** – порушення сприйняття певних видів зовнішньої інформації (зорової, тактильної та ін.) при збереженні відчуттів та свідомості.

**Аутопагнозія** – порушення пізнання чи заперечення наявності частин власного тіла.

**Зорова агнозія** – порушення здатності пізнавати предмети або людей.

**Астереогнозія** – порушення здатності розпізнавати предмети при дотику.

**Прозопагнозія** – порушення здатності розпізнавати особи.

**Галюцинації (істинні галюцинації)** – сприйняття, що виникають у сферах будь-яких рецепторних систем (зорові, слухові, нюхові, тактильні (гаптичні), кінестетичні (рухові), вісцеральні) без реального подразника:

- **гіпнагогічні** – галюцинації, що мимоволі виникають перед засипанням, при закритих очах, на темному полі зору;

- **гіпнопомпні** – переважно зорові (рідше слухові та інші), які виникають під час пробудження;

- **імперативні** – вербальні (слухові) галюцинації у вигляді «голосів», що наказують робити хворому;

- **макроптичні** – галюцинації у вигляді образів людей, тварин і неживих предметів, що відрізняються надзвичайно великими, іноді гігантськими розмірами;

- **мікроптичні** – галюцинації у вигляді образів істот і предметів, що відзначаються дуже малими розмірами;

- **рефлекторні** – ті, що виникають у сфері одного аналізатора при дії реального подразника на інший аналізатор;

- **вербальні** – слухові у вигляді окремих слів або мовлення одного або декількох «голосів».

**Псевдогалюцинації** – галюцинації, локалізовані у «внутрішньому просторі» хворого (наприклад: «голоси», які звучать всередині голови). Як і істинні галюцинації, псевдогалюцинації можуть виникати у сферах будь-яких рецепторних систем.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження сприйняття.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Дубравська Д. М. Основи психології : навчальний посібник. – Львів : Світ, 2001. – 280 с.
4. Загальна психологія : підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К. : Либідь, 2005. – 464 с.
5. Основи практичної психології : підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536 с.
6. Основи психології : підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – К. : Либідь, 2002. – 630 с.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ МИСЛЕННЯ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

**Мислення** – це здатність індивіда розкривати зв'язки і відносини між об'єктами дійсності і моделювати на основі цього певні закономірності.

**Найбільш розповсюджені психопатологічні симптоми порушень мислення:**

#### **Порушення темпу мислення**

Помітними зовнішніми проявами **прискорення** чи **гальмування мислення** є мовна продукція – внаслідок зміну темпу мислення змінюється і швидкість мовлення. Максимально темп мислення може порушуватись у вигляді наступних станів:

**Ментизм** – безперервний, некерований потік думок, спогадів, образів, уявлень. Це «вихор ідей», який виникає мимоволі і раптово закінчується (долі секунди, секунди).

**Шперрунг** – несподівана «закупорка думок», різкий обрив думки ще до того, як вона оформилася. Як і ментизм, це дуже короткотривалий стан.

#### **Порушення мислення за послідовністю:**

**Розірване мислення** – непослідовне мислення з перескакуванням з однієї думки на іншу, не пов'язаною з попередньою.

**Інкогеренція** (асоціативна незв'язність) – крайня ступінь розірваності мислення з втратою здатності до утворення асоціативних зв'язків, здатності до елементарних узагальнень, до аналізу і синтезу, що виявляється в мовній продукції у вигляді безглузлого бурмотіння окремих слів (словесна окрошка).

**Шизофазія** – розірвана мова у вигляді безглузлого набору окремих слів, які включені в граматично правильні речення.

**Ехолоалія** – повторювання почутих питань або останніх слів речень.

**Персеверація** – застрявання на одній думці з неодноразовим повторенням відповідей на попередні стимули, після того як уже пред'явлено новий стимул.

**Вербігерація** – ритмічне монотонне повторення будь-якого слова або словосполучення, іноді безглузде нанизування подібних по звучанню фраз, слів або складів.

**Мутизм** – повна відмова від мовного контакту (німота).

**Порушення змісту мислення:**

**Конкретне мислення** – буквальне мислення, обмежене використання метафор без розуміння нюансів їх значення, розуміння всього лише «в одному вимірі».

**Грунтовне мислення** – нездатність поділу головного і другорядного з занадто тривалим описуванням (обміркуванням) однієї деталі чи думки.

**Торпідне (в'язке) мислення** – виражена ускладненість послідовності мислення з застряганням на несуттєвих деталях.

**Глоссолалія** – говоріння неіснуючою мовою.

**Дереїзм** (патологічне фантазування) – розумова діяльність, яка узгоджується з логікою або досвідом, з зануренням у світ мрій.

**Аутистичне мислення** – мислення, яке не пов'язане з реальним життям, поглинення у свої особисті, відірвані від дійсності розумові утворення та використання в розумових процесах своєї логіки.

**Резонерство** – тип мислення, який характеризується схильністю до пустих, безплідних, заснованих на поверхневих, формальних аналогіях, розміркувань.

**Паралогічне мислення** – з'єднання непорівнюваних обставин, явищ, положень, об'єднання суперечливих ідей, образів з мимовільною підміною одних понять іншими.

**Нав'язливі (обсесивні) ідеї**, в т. ч. страхи – стійкі, такі, що виникають самовільно, думки, сумніви, спогади, а також нерозумний, надмірний страх перед якимись певними явищами або ситуаціями, в результаті яких виникає непереборне бажання уникнути дії подразника, що викликає страх (при зберіганні критичного ставлення до них):

– **прості фобії** – страх певних конкретних предметів або ситуацій (наприклад, боязнь висоти, відкритих просторів, павуків, змії і т. д.);

– **соціальні фобії** – страх, пов’язаний з соціальним середовищем або соціальними заходами (боязнь публічного приниження, боязнь брати участь в трапезі в присутності інших людей і т. д.).

**Надцінні ідеї** – судження, переконання, що виникли в результаті реальних обставин, але зайняли в подальшому місце в житті пацієнта, яке не відповідає їх значенню (релігійний фанатизм, патологічне кохання та ін.).

**Марення (маячні ідеї)** – ідеї, судження, які абсолютно не відповідають дійсності, але повністю опановують пацієнтом і які не можливо коригувати переконанням і роз’ясненням:

– **первинне інтерпретативне марення** – систематизоване марення тлумачення, в структурі якого хворий тлумачить події (як сьогодення, так і минулого), дії людей, як підтвердження істинності основної маревної ідеї (переслідування, отруєння, зради і т. д.);

– **гостре чуттєве (образне) марення** – переважають образні уявлення, які не вимагають жодних доказів. Часто супроводжується тривогою, страхом, екстазом або розгубленістю;

– **систематизоване марення** – абсолютно помилкове твердження або система помилкових поглядів, об’єднані навколо однієї єдиної теми (хворого переслідує СБУ, його хоче вбити дружина і т. д.);

– **несистематизоване марення** – комплекс розрізнених помилкових тверджень, висновків і поглядів, які не об’єднуються якоюсь однією темою;

– **монотематичне марення** – маячня, яка обмежується однією помилковою ідеєю;

– **політематичне марення** – маячня, в структурі якого одночасно співіснують дві або більше помилкових ідей;

– **антагоністичне марення** – наявність помилкових переконань в тому, що у хворого, крім уявних супротивників, існують і уявні союзники («добрі» і «злі» інопланетяни і т. п.);

– **химерне марення** – абсолютно абсурдні, неправдоподібні, дивні твердження (на Землі існує раса розумних комах і т. п.);

– **фантастичне (парафренне, марення уяви Дюпре) марення** – в структурі містяться образні фантастичні ідеї величі, особливої місії;

– **нігілістичне марення (марення заперечення), мегаломанічне депресивне марення (марення Котара)** – містить депресивні або іпохондричні переконання з ідеями величезності і заперечення (у хворого згнили всі нутрощі, всесвіту не існує тощо); ідеї звинувачення можуть містити помилкове або умисне звинувачення хворого в скоєнні грандіозних злочинів, до яких він не має ніякого відношення;

– **величі** – характеризується грандіозним перебільшенням своїх духовних і фізичних сил, соціального стану і пов'язаних з цим можливостей;

– **марення високого походження (інших батьків)** – містить ідею походження від осіб, які займають значно більш високе положення в суспільстві, ніж батьки, яких хворий вважає несправжніми;

– **впливу** – містить ідею стороннього впливу на думки, почуття, вчинки хворого, нерідко з поясненням механізмів такого впливу (чаклунство, гіпноз, лазер тощо);

– **марення переслідування** – провідною ідеєю є переслідування хворого кимось з метою фізичного знищення, покарання чи з іншими цілями, супроводжується почуття страху та захисною поведінкою (спецслужби чи мафія переслідують пацієнта як свідка якоїсь події і т. п.);

– **марення інсценування** – переконаність хворого в тому, що все, що відбувається навколо, спеціально влаштоване, інсценоване з якоюсь метою;

– **марення інтерметаморфозу** – етап розвитку образного марення з ідеєю повної зміни навколишнього оточення з перетворенням предметів, перевтіленням осіб;

– **любовне марення** – переконаність хворого в любові до нього з боку будь-якої особи, яка найчастіше займає високе положення;

– **марення ревнощів** – нічим не підтверджена впевненість в невірності чоловіка чи дружини;



– **резидуальне марення** – маячні ідеї, що залишаються деякий час в якості моносимптому після зникнення інших проявів хвороби (частіше після станів потьмареної свідомості, які не супроводжуються повною амнезією);

– **ретроспективне марення** – марення, спрямоване в минуле, що переглядається хворим відповідно до його нових, патологічних уявлень.

**Психічні автоматизми** – «зроблені» думки, відчуття, дії, які з'являються в результаті впливу якоїсь уявної зовнішньої сили (магії, гіпнозу, впливу таємними променями). Вони включають в себе чуттєвий, ідеаторний і руховий компоненти, проявляючись почуттям оволодіння деякими психічними функціями хворого.

**Види психічних автоматизмів:**

**1) ідеаторні (асоціативні) автоматизми** – результат уявного впливу на процеси мислення та інші форми психічної діяльності:

- ментизм;
- відкритість думок (думки чують оточуючі);
- шелест думок (думки хворого шепочуться в його голові);
- звучання думок (всі думки голосно звучать в голові);
- відлуння думок (все, про що подумає хворий, повторюють вголос навколишні);
- відібрання думок (думки зникають з голови);
- «зроблені» думки;
- «зроблені» сновидіння;
- «зроблений» настрій, почуття;
- «зроблене» розмотування спогадів.

**2) сенестопатичні (сенсорні) автоматизми** – «зроблені» відчуття (жару, холоду, пульсації, болю, перекручування, скрупульозності тощо);

**3) кінстетичні (моторні) автоматизми** – «зроблені» рухи, слова, фрази.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження мислення.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Основи практичної психології : підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелєва та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536 с.
4. Основи психології : підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – К. : Либідь, 2002. – 630 с.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ МИСЛЕННЯ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

**Інтелект** (лат. *intellectus* – здібність до розуміння) – здібність до розуміння ситуації та шляхів пристосування до неї (подолання її).

У 1904 р. великий англійський психолог та статистик Ч. Е. Спірмен (1904 р.) стверджував, що інтелект не залежить від інших особистісних рис людини, він не включає в свою структуру інтелектуальних якостей (інтересів, мотивацій досягнень тощо), а виступає як загальний фактор «розумової енергії». Спірмен доводив, що успіх будь-якої інтелектуальної діяльності залежить від якогось «загального фактору», загальної здатності, таким чином, він виділив генеральний фактор інтелекту – фактор G і фактор, що є показником специфічних здібностей – фактор S. Тобто кожна людина характеризується певним рівнем загального інтелекту, від якого залежить, як ця людина адаптується до навколишнього середовища і, крім того, у всіх людей є в різному ступені розвинені специфічні здібності, які проявляються у вирішенні конкретних завдань. Це так звана «двофакторна теорія інтелекту» Спірмена. Вже в 30-і роки XX сторіччя ця теорія була замінена на «багатофакторну теорію». Згодом Г. Айзенк інтерпретував «генеральний фактор» як швидкість переробки інформації центральною нервовою системою («розумовий темп»), для оцінювання якого він розробив швидкісний інтелектуальний тест.

Проблемою інтелекту займався і Р. Б. Кеттел, який вважав, що у кожної людини від народження є «потенційний інтелект», який лежить в основі здатності до мислення, абстрагування і міркування. Приблизно до 20 років цей інтелект досягає найбільшого розквіту, але паралельно формується ще й «кристалічний» інтелект, який складається з різних навичок і знань, якими людина опанує протягом життя. Він утворюється саме при вирішенні задач адаптації до

навколишнього середовища і вимагає розвитку одних здібностей за рахунок інших, а також придбання конкретних навичок.

Видатний канадський нейрофізіолог, автор теорії штучних нейронних мереж, Д. О. Хебб запропонував виділяти інтелект А та інтелект В: інтелект А – як базову здатність організму вчитися і адаптуватися до свого середовища, яка детермінується складністю і гнучкістю центральної нервової системи, що, в свою чергу, визначається генами; інтелект В – як рівень здібностей, який фактично демонструє людина в своїй поведінці, не є генетично детермінованим, але і не просто засвоєний або придбаний (є продуктом взаємодії між генетичним потенціалом і середовищною стимуляцією).

Спроби вимірювати таку ефімерну конструкцію, як «інтелект», почалися ще у 1908 році С. Є. Шайє, який, базуючись на понятті «вікового віку», розробив першу шкалу для вимірювання інтелекту (для обстеження дітей). На теперішній час найбільш популярними в практичній діяльності медичних психологів є тест Д. Векслера та тест Г. Айзенка.

Тест Векслера існує у трьох модифікаціях (в Україні адаптовані тільки дві перших): WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) – призначений для осіб від 16 до 64 років, WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) – для обстеження дітей та підлітків у віці від 6,5 до 16,5 років та WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) – для обстеження дітей віком від 4 до 6,5 років.

Тест Айзенка існує у восьми варіантах: 1 тест, 2 тест, 3 тест, 4 тест, 5 тест, словниковий тест, числовий тест, зорово-просторовий тест. Перші п'ять тестів досить схожі і спрямовані на усереднене оцінювання інтелекту, а додаткові три варіанти тесту – для дослідження вербальних, математичних і візуально-просторових складових інтелекту.

За результатами дослідження з використанням як тесту Векслера, так і тесту Айзенка, розраховується коефіцієнт інтелекту – IQ (intelligence quotient), який з моменту його введення у психологічну практику у 2012 р. В. Штерном, піддається постійній критиці, але до теперішнього часу використовується в якості діагностичного ін-

дикатора (згідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 диференційна діагностика розумової відсталості базується на визначенні IQ).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження інтелекту.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Дубравська Д. М. Основи психології : навчальний посібник. – Львів : Світ, 2001. – 280 с.
4. Загальна психологія : підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К. : Либідь, 2005. – 464 с.
5. Основи практичної психології : підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536 с.

## ТЕМА 4

### СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА: ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ, СВІДОМОСТІ ТА САМОСВІДОМОСТІ

---

#### *Еталон практичної навички № 4.1*

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СВІДОМОСТІ

#### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

**Свідомість** – це інтегрований прояв психічних процесів, який дає можливість сприймати та оцінювати об'єктивну реальність.

**Самосвідомість** – здатність усвідомити себе як суб'єкт, виділити себе з оточуючого середовища.

**Підсвідомість** – сукупність інстинктивних реакцій з неусвідомлюваним досвідом емоційних, ефекторно-вольових і абстрактно-логічних спроб адаптації, що накопичуються в процесі життя людини та її взаємодії з соціальним середовищем і впливають на мотивацію її поведінки.

#### **Властивості свідомості:**

1. Ясність – чітке і послідовне сприйняття оточуючого, правильна орієнтація в ньому.
2. Обсяг – широта охоплення свідомістю оточуючої ситуації і власних переживань.
3. Зміст – зміст асоціацій, які виникають під впливом різних подразників.
4. Безперервність – єдність переживань минулого, сучасного і майбутнього.

#### **Основні стани свідомості:**

1. Неспання (ясна свідомість);
2. Сон;
3. Гіпнотичний транс;

4. Стани порушеної (затьмареної) свідомості).

До практичної навички цієї навчальної теми віднесено знання основних симптомів порушеної свідомості, які можливо виявити під час огляду, психодіагностичної бесіди та психологічного експерименту.

### **Загальні характеристики порушення (затьмарення) свідомості (за К. Ясперсом):**

1. Відчуженість від навколишнього світу (ускладнення чи повна неможливість сприйняття навколишнього).

2. Порушення орієнтації у часі, місці, особистості (у своїй особистості чи в оточуючих).

3. Незв'язність мислення з ослабленням чи відсутністю здатності до вироблення суджень.

4. Повна чи часткова амнезія періоду потьмарення свідомості.

Розглянемо **найбільш розповсюджені симптоми та стани потьмарення свідомості:**

**Кома** – повна відсутність свідомості з втратою умовних та безумовних рефлексів.

**Сопор** – потьмарення свідомості зі збереженням захисних та інших безумовних рефлексів.

**Оглушення** – більш легка форма потьмарення свідомості з нечіткою орієнтацією в наколишньому, різким підвищенням порогу для усіх подразників, загальмованістю та ускладненням психічної діяльності.

**Обнубіляція** – легке потьмарення свідомості із збереженням усіх видів орієнтування та здібністю здійснювати звичні дії, що поєднується з ускладненням розуміння ситуації; того, що відбувається; змісту того, що говорять інші.

**Сомнолентність** – стан напівсну, коли пацієнт лежить з закритими очима, спонтанне мовлення відсутнє, але на прості запитання він дає вірні відповіді, тоді як складні не розуміє.

**Абсанс** – короткочасне (кілька секунд, часток секунди) вимикання (відсутність) свідомості.

**Аура свідомості** – короткочасне (декілька секунд) потьмарення свідомості, при якому виникають різноманітні соматовегетатив-

ні чи психічні порушення, які зберігаються у пам'яті пацієнта, тоді як події, які були насправді, повністю амнезуються. Виділяють аури вісцеросенсорні (відчуття нудоти та ін.), вісцеромоторні (звуження та розширення зіниць, почервоніння та збліднення шкіри та ін.), сенсорні (різноманітні сенестопатії, елементарні галюцинації у вигляді відчуття смороду, загрозливого гуркоту та ін.), імпульсивні (різке психомоторне збудження, насильницький крик та ін.) та психічні (панорамні загрозливі галюцинації, явища дереалізації, симптоми *déjà vu*, *deja entendu* та ін.).

**Дезорієнтація** – порушення орієнтування в часі, місці і в особистості:

а) **аутопсихічна** – порушення орієнтування у власній особистості;

б) **аллопсихічна** – порушення орієнтування лише в навколишньому;

в) **у просторі** – нездатність визначити місце перебування;

г) **у часі** – нездатність хворого визначити рік, місяць, число, пору року, день тижня.

**Деперсоналізація** – стан, що супроводжується відчуженням деяких або всіх психічних процесів, перекручене сприйняття самого себе (втрата цілісності «я», коли власні думки, голос, рухи сприймаються хворим начебто збоку).

**Дереалізація** – стан, що виражається в тяжкому відчутті нереальності, примарності, декоративності, відсторонення хворого від навколишнього світу та того, що відбувається.

**Deja vu** – відчуття того, що ніколи не бачене (приміщення, місцевість, книга та ін.) пацієнт вже колись бачив.

**Deja entendu** – відчуття того, що те, що пацієнт ніколи не чув, він вже чув раніше.

**Deja vecu** – відчуття того, що ситуація, яка відбувається, вже мала місце в житті пацієнта.

**Deja pense** – відчуття того, що те, про що пацієнт думає вперше в житті, вже приходило йому в голову раніше.

**Jamais vu** – відчуття того, що знайома місцевість, приміщення та ін., які пацієнт бачив раніше, насправді він бачить вперше.



***Jamais vecu*** – відчуття того, що ситуація, яку пацієнт вже переживав неодноразово, насправді відбувається вперше.

***Jamais entendu*** – відчуття того, що якась вербальна інформація, музика та ін., яку пацієнт чув неодноразово, насправді він ніколи не чув.

***Симптом негативного двійника*** – знайомі чи близькі люди здаються пацієнту незнайомими, загризованими та переодягненими під знайомих.

***Симптом позитивного двійника*** – незнайомі люди здаються знайомими чи близькими (за умови їх повної зовнішньої несхожості).

***Симптом Фреголі*** – одна і та ж людина змінюється та приймає вигляд різних, зовсім несхожих між собою людей.

***Амбулаторний автоматизм*** – потьмарення свідомості без марення, галюцинацій або виражених афективних розладів, що виявляється тривалою, зовні упорядкованою поведінкою, виконанням складних дій і подальшою амнезією.

***Аментивне потьмарення свідомості (аменція)*** – синдром потьмареної свідомості, для якого характерними є повна відсутність контакту з оточуючим світом, інкогеренція (асоціативна незв'язність), періодичне збудження в межах ліжка, напливи галюцинацій та повна амнезія після закінчення цього стану.

***Деліріозне потьмарення свідомості (делірій)*** – синдром потьмареної свідомості, в клінічній картині якого переважають ілюзії, парейдолії, істинні галюцинації, змінений афект з перевагою страху та тривоги, а також рухомоторне збудження. Деліріозне потьмарення свідомості часто розвивається стадійно (три стадії за С. Liebermeister) та, залежно від важкості стану пацієнта, може трансформуватися в енцефалопатію Гайє-Верніке, аменцію та кому, чи, навпаки, абортивно завершитися на будь якій стадії.

***Онейроїдне (сноподібне) потьмарення свідомості (онейроїд)*** – потьмарення свідомості, яке характеризується повною відчуженістю пацієнта від навколишнього, зануренням у фантазії, переважно фантастичним змістом переживань, видозміною і перетвіленням свого «я». Онейроїдні стани в більшості випадків су-

проводжується кататонічними розладами у вигляді збудження або ступору.

**Сутінкове потьмарення свідомості** – потьмарення свідомості, при якому спостерігається дезорієнтація в навколишньому просторі, яка поєднується з розвитком галюцинозу та гострого почуттєвого марення, афектом туги, злості та страху. Внаслідок тривожно-злісного афекту, змісту галюцинацій або марення хворі схильні до агресивних, нерідко вкрай жорстоких дій.

Для експрес-оцінювання глибини потьмарення свідомості протягом останніх десятиріч у невідкладній медицині використовується «Шкала коми Глазго» (додаток 4.1), яка була вперше опублікована докторами Jennett і Teasdale в журналі Lancet у 1974 році. Стан хворого, відповідно до шкали коми Глазго, оцінюється за трьома ознаками в балах. Бали підсумовуються за кожним розділом шкали окремо та разом, після чого вказується час, коли проводилось оцінювання.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження свідомості.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Психіатрія / за ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко та ін. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с.
2. Психіатрія і наркологія : підручник / [Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков та ін.]; за ред. О. К. Напрєєнка. – 2-е вид, переробл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – 424 с.
3. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.]; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
4. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.]; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ПОРУШЕНЬ УВАГИ ТА ПАМ'ЯТІ**

■ **СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

**Воля** – це здатність індивіда до саморегуляції своєї діяльності і різних психічних процесів для досягнення свідомо поставленої мети. Дії, які свідомо регулюються, називають *довільними* або *вольовими*. Основними елементами довільного вольового акту є імпульс до мети, мотив діяльності, прийняття рішення, вибір способів та засобів діяльності і виконання рішення.

**Імпульс** – пусковий сигнал попереднього формування мети.

**Мета діяльності** – це чітке усвідомлення того, чого хоче досягти індивід (бажаний результат, на досягнення якого спрямована діяльність).

**Мотиви діяльності** – внутрішні причини, які спонукають індивіда виконати ту чи іншу діяльність. Мотиви обумовлені потребами, інтересами і переконаннями індивіда, що може призводити до виникнення декількох мотивів одночасно. Боротьбу мотивів, яка закінчується прийняттям рішення, можуть супроводжувати глибокі, емоційно насичені переживання.

**Приймання рішення** – також складний процес, який може супроводжуватися внутрішньою боротьбою.

**Основні вольові якості особистості:**

- 1) рішучість;
- 2) витримка і самовладання;
- 3) наполегливість і терпіння.

**Рішучість** – вольова якість, яка забезпечує приймання і виконання рішення без зайвих вагань.

**Витримка і самовладання** виявляються в умінні стримувати свої почуття і гальмувати імпульсивні дії, які заважають досягнути поставленої мети.

**Наполегливість** – якість особистості, яка виявляється в здатності довести справу до кінця, незважаючи на обставини, невдачі і перешкоди.

**Терпіння** є складовою частиною наполегливості. Ця вольова якість забезпечує уміння миритись з об'єктивними труднощами і спокійно їх переборювати на шляху до мети.

Розглянемо **найбільш розповсюджені психопатологічні симптоми порушень вольових процесів:**

**Абулія** – повна відсутність потягів, яка супроводжується повною бездіяльністю та рухомоторною загальмованістю.

**Гіпербулія** – патологічне підсилення потягів, яке може супроводжуватися різким моторним збудженням.

**Гіпобулія** – патологічне зниження потягів.

**Парабулія** – патологічне викривлення потягів.

**Емоції** – процеси, спрямовані на відображення в формі безпосередніх переживань суб'єктивної оцінки зовнішньої та внутрішньої ситуації, її значимості, сприятливості або несприятливості, з суб'єктивної точки зору.

Розглянемо **найбільш розповсюджені психопатологічні симптоми порушень емоційної сфери:**

**Афект** – короточасна й сильна позитивна або негативна емоція, що виникає у відповідь на вплив внутрішніх або зовнішніх факторів і супроводжується соматовегетативними проявами; іноді термін використовують для позначення емоції взагалі:

- **адекватний афект** – нормальний стан, коли зовнішні емоції гармонують зі змістом ідеї, думки або мовлення;

- **неадекватний афект** – невідповідність між емоційним виразом і значеннєвим змістом ідеї, думки або мовлення;

- **лабільність афекту** – швидкі та різкі зміни емоцій, не пов'язані з зовнішніми подразниками;

- **патологічний афект** – короточасний психічний розлад психотичного рівня, що виникає у відповідь на надзвичайно сильну психічну травму й має вираження у порушеннях свідомості та афективним розрядом з агресивними, зазвичай, руйнівними ді-

ями, за яким йдуть загальна розслабленість, байдужність і глибокий сон; супроводжується частковою або повною ретроградною амнезією;

– **фізіологічний афект** – особливий (непатологічний) психофізіологічний стан, що виникає у відповідь на надзвичайно сильну психічну травму й має вираження у афективному розряді з агресивними, зазвичай, руйнівними діями без порушення свідомості. Після закінчення фізіологічного афекту критика власної поведінки миттєво відновлюється, зазвичай виникає інтенсивне відчуття каяття у скоєному;

– **афективна тупість** – психічний розлад, що характеризується слабкістю емоційних реакцій і контактів, збіднінням почуттів, емоційною холодністю, що переходить у повну байдужість;

– **афективне заціпеніння** (афект застиглий) – втрата афективної модуляції при зміні зовнішніх обставин, стійка, тривала напружена емоція.

**Паратимія** (неадекватний афект) – афект, що якісно й кількісно не відповідає причині, що його викликала, неадекватний приводу.

**Дисфорія** – похмурий, буркотливо-дратівливий, злісний і похмурий настрій з підвищеною чутливістю до будь-якого зовнішнього подразника, запеклістю та вибуховістю.

**Дистимія** – минуще пригнічення настрою без видимої причини з переважанням негативних емоцій і зниженням потягів.

**Евтимний настрій** – коливання настрою в нормальному діапазоні, тобто відсутність депресивного або піднятого настрою.

**Експансивний настрій** – нестриманість у вираженні своїх почуттів, часто з переоцінкою власної значущості та важливості.

**Дратівливий настрій** – швидке виникнення роздратування та схильність до гнівливих реакцій.

**Ейфорія** – підвищений настрій з безтурботним достатком, пасивною радістю, безтурботним блаженством у сполученні з уповільненням мислення.

**Екстаз** – переживання захвату, надзвичайного щастя.

**Гіпертимія** – підвищений радісний настрій з посиленням потягів.

**Гіпотимія** – пригнічений, меланхолійний настрій, глибокий сум, зневіра, туга з невизначеним відчуттям загрозливого нещастя та фізично важкими відчуттями пригнічення самовідчуття у вигляді стиснення, тяжкості в зоні серця, грудей, у всьому тілі (вітальна туга).

**Емоційне збіднення** (афективна тупість) – недостатність або втрата афективної чуйності, бідність емоційних проявів, байдужість, щиросердна холодність.

**Психічна анестезія** – хвороблива втрата емоційних реакцій на все навколишнє з болісним переживанням повної щиросердної спустошеності.

**Ангедонія** – втрата інтересу до усіх видів активності, що раніше спричиняли задоволення.

**Тривога** – відчуття страху, пов'язане з передчуттями лиха, очікуваного ззовні, або пов'язане із власною хворобою.

**Генералізована тривога** – широко розповсюджений страх, не сфокусований на якій-небудь певній ідеї.

**Ажитація** – тривога, що супроводжується сильним руховим збудженням.

**Апатія** – байдужість до себе, оточуючих осіб і подій, відсутність бажань і спонукань, бездіяльність.

**Амбівалентність емоцій** – співіснування двох антагоністичних тенденцій стосовно одного об'єкта в тієї самої особи в той саме час.

Існують досить різноманітні експериментально-психологічні методики, спрямовані на дослідження емоційно-вольової сфери – як структуровані інтерв'ю, так і проєктивні тести. В якості короткого прикладу розглянемо Експрес-діагностику некерованої емоційної збудливості В. В. Бойка (додаток 4.2). Це непроективний психологічний тест, який за формою є низькоструктурованим інтерв'ю з дихотомічною шкалою відповідей, яке складається всього з однієї шкали і спрямований на виявлення некерованої емоційної збудливості.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження емоцій та волі.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Психіатрія / за ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко та ін. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с.
2. Психіатрія і наркологія : підручник / [Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков та ін.]; за ред. О. К. Напрєєнка. – 2-е вид, переробл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – 424 с.
3. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.]; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
4. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.]; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ УВАГИ ТА ПАМ'ЯТІ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

#### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ УВАГИ**

**Увага** – це сфера психіки, яка дозволяє спрямувати і зосереджувати психічну діяльність на конкретному об'єкті чи процесі.

Залежно від об'єкта зосередження виділяють наступні **форми уваги**:

- **сенсорна** (зосередження на об'єктах зовнішнього світу);
- **інтелектуальна** (зосередження на думках і спогадах);
- **моторна** (зосередження на власних рухових процесах).

За походженням та засобами реалізації виділяють мимовільну, довільну й постмимовільну увагу.

**Мимовільна увага** визначається наступними факторами:

1. Новизна подразника або зміна якихось його характеристик (збільшення або зменшення сили, зміна тональності і т. ін.).
2. Потреби й інтереси пацієнта (потреба тягне концентрацію уваги на джерелах її задоволення).
3. Очікування пацієнта (звертання уваги в першу чергу на ті об'єкти, які він очікує помітити).
4. Емоційне відношення до об'єкта (замилування, страх).

**Довільна увага** виникає в процесі діяльності, коли людина свідомо ставить перед собою певне завдання.

**Постмимовільна** увага активується після довільної, коли людина входить у роботу, і її зосередженість вже не вимагає спеціального вольового зусилля.

**Характеристики уваги:**

**1. Обсяг уваги** – це обмеження можливості одночасного сприйняття декількох незалежних між собою сигналів. Експериментально обсяг уваги визначається як кількість простих об'єктів, які чітко сприймаються за 0,1 с (час тахістоскопічного пред'явлення). Обсяг уваги здорової дорослої людини –  $(7 \pm 2)$  об'єкти. Для складних



об'єктів, що піддаються логічному об'єднанню (букви, об'єднані в слова), це число може зростати.

**2. Стійкість уваги** – це тривалість зосередження уваги на об'єкті й ступінь її концентрації. Стійкість залежить від периферійних і центральних факторів. *Периферійні фактори* забезпечують стійкість уваги на кілька секунд, після чого увага починає коливатися (приклад: об'єкти з неоднозначним зображенням – сходи Шредера та ін.). *Центральні фактори* (інтерес до об'єкта, активна взаємодія з ним, розмаїтість сприйманого матеріалу) забезпечують набагато більшу стійкість уваги.

**3. Переключення уваги** – це швидкість переходу концентрації уваги від одного об'єкта до іншого.

**4. Розподіл уваги** – це здатність утримувати в центрі уваги одночасно кілька об'єктів.

Показником вимірювальної характеристики уваги є коефіцієнт точності виконання завдання, який вираховується за **формулою Уіппла**:

$$A = (N-r) / (N+p),$$

де  $N$  – загальна кількість викреслених стимулів;

$r$  – кількість неправильно викреслених стимулів;

$p$  – кількість пропущених стимулів.

На теперішній час розроблені та широко використовуються в практиці чисельні психодіагностичні тести, які дозволяють дати досить повну характеристику особливостей уваги індивіда (причому не тільки виявляти порушення уваги, але й розглядати її варіабільність в межах норми). В якості прикладу наведемо досить простий у використанні та інформативний за змістом тест «Коректурна проба» (Durchstreich – Test), розроблений Б. Бурдоном ще у 1885 році (додаток 4.3). Для вивчення уваги психічно хворих цим тестом користувалися ще В. М. Бехтерев, С. Д. Владичко та А. В. Ільїн, але і дотепер дана методика широко використовується в клінічній психології.

**Найбільш розповсюджені психопатологічні симптоми порушень уваги:**

**Апрозексія** – повне випадання уваги.

**Гіперметаморфоз** – розлад уваги у формі мимовільного зосередження уваги на всьому, що попадає в коло її рецепторних систем (пляма на стіні, випадковий рух, зміна пози будь-кого з оточуючих, зміна освітлення, ледь чутний шум, слабкий запах тощо).

**Відволікання** – нездатність сконцентрувати увагу; стан, коли увага спрямована і на важливі, і на другорядні зовнішні стимули.

**Селективна неувважність** – увага тільки до тих стимулів, що викликають тривогу.

**Підвищене виснаження уваги** – увага не може концентруватися на певному об'єкті чи процесі тривалий час, дуже швидко пацієнт перестає сприймати досить виражені подразники (не помічає важливих слів у звернутій до нього мові, предметів тощо).

**Ускладнення переключення уваги** – неможливість переключати концентрацію уваги з одних об'єктів чи процесів на інші (з читання на співбесіду, зі спогадів на обговорення проблем теперішнього часу тощо).

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАМ'ЯТІ

**Пам'ять** – це здатність до фіксування, зберігання, відтворення й забування різноманітного досвіду та інформації. Ця здатність пояснюється нейробіологічними механізмами внутрішньоклітинного (внутрішньонейронного) рівня.

**Індивідуальні особливості процесів пам'яті** виявляються у швидкості, точності, міцності запам'ятовування і готовності до відтворення.

1. Швидкість запам'ятовування визначається кількістю повторень, необхідних тій чи іншій людині для запам'ятовування певної інформації.

2. Точність запам'ятовування характеризується кількістю помилок, зроблених при відтворенні цієї інформації.

3. Міцність проявляється в часі збереження вивченого матеріалу, або у швидкості його забування.

4. Готовність пам'яті проявляється в тому, наскільки людина може легко і швидко пригадати в потрібний момент те, що їй потрібно.

***Залежно від змісту пам'яті розрізняють чотири її види:***

- 1) рухова пам'ять;
- 2) емоційна пам'ять;
- 3) образна пам'ять;
- 4) асоціативна (словесно-логічна) пам'ять.

Для проведення експериментально-психологічного дослідження пам'яті існує велика кількість спеціалізованих тестів, які дозволяють оцінювати усі її види та особливості, які були перераховані вище. Як приклад розберемо методику «Заучування 10 слів» А. Р. Лурія (додаток 4.3).

**Найбільш розповсюджені психопатологічні симптоми порушення пам'яті:**

***Гіпермнезія*** – утримання в пам'яті й відтворення надмірно великого обсягу інформації.

***Гіпомнезія*** – зниження обсягів пам'яті (можливості як запам'ятовувати нову інформацію, так і відтворювати інформацію, яку запам'ятали раніше).

***Амнезія*** – порушення пам'яті у вигляді втрати здатності зберігати й відтворювати набуті раніше знання:

– ***амнезія антероградна*** – втрата спогадів про події, що відбувалися безпосередньо після закінчення несвідомого стану або іншого розладу психіки;

– ***амнезія ретроградна*** – випадіння з пам'яті подій, що безпосередньо передували початку патологічного стану;

– ***амнезія антероретроградна*** – поєднання антероградної та ретроградної амнезії;

– ***амнезія фіксаційна*** – втрата здатності запам'ятовувати, відсутність пам'яті на поточні події;

– ***амнезія прогресуюча*** – втрата здатності запам'ятовування та поступове спустошення запасів пам'яті, що відбувається послідовно за законом Рібо.

***Закон Рібо*** – закономірність розвитку амнезії, «закон зворотного ходу пам'яті». Розвиток амнезії починається з втрати пам'яті на події, які максимально наближені до патологічного стану, пізніше – на давно минулі. Відновлення пам'яті йде в зворотному порядку.

Так, під час відновлення мови після афазії у поліглотів насамперед з'являється здатність розмовляти рідною мовою.

**Парамнезія** – перекручення пам'яті (спогадів) у результаті порушення здатності до відтворення.

**Ретроспективне перекручення спогадів** – спогади, що стосуються реальних подій, до яких хворий додає вигадані подробиці.

**Конфабуляції** – спогади про події, яких не було ніколи в житті пацієнта, що заміщують амнезовані ділянки пам'яті.

**Псевдоремінісценції** – спогади про події, які були в житті пацієнта, тільки в інший час, що заміщують амнезовані ділянки пам'яті.

**Криптомнезії** – перекручення пам'яті, що виражається в ослабленні розрізнення (аж до повного його зникнення) між подіями, що дійсно відбувалися, і подіями, побаченими уві сні, прочитаними, почутими.

**Палімпсест** – неможливість повного відтворення деталей або подробиць подій, що відбувалися під час алкогольного сп'яніння.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження уваги та пам'яті.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Психіатрія / за ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко та ін. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с.
2. Психіатрія і наркологія : підручник / [Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков та ін.]; за ред. О. К. Напрєєнка. – 2-е вид, переробл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – 424 с.
3. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.]; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020 – 288 с.
4. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.]; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

## ТЕМА 5

### ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

---

#### *Еталон практичної навички № 5.1*

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯ

#### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

##### **Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC)** **(Шкала контролю елементів комунікації Каламазу)**

Шкала була утворена з використанням пропозицій провідних авторів основних теоретичних моделей комунікації між лікарем та пацієнтом з 21 крупних медичних університетів та клінік у м. Каламазу (США, штат Мічіган) у травні 1999 р. на сумісній конференції «Комунікація лікаря та пацієнта в медичній освіті» Інституту зв'язків з питань охорони здоров'я Байра та Інституту Фетцера (Bayer Institute for Healthcare Communication and the Fetzner Institute Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education). Ця конференція та її рішення стали початком цілеспрямованого навчання комунікативним навичкам студентів-медиків та оцінювання комунікаційної компетентності лікарів. Учасники конференції зосередили свою увагу на виділенні узгодженого набору найважливіших елементів комунікації лікаря та пацієнта, результатом чого стало формулювання семи основних складових комунікації (задачі комунікації):

1. Побудова відносин між лікарем та пацієнтом.
2. Відкритість у спілкуванні з пацієнтом.
3. Збирання клінічно значущої інформації.
4. Розуміння перспектив пацієнта.
5. Обмін інформацією з пацієнтом.
6. Досягнення згоди щодо виявлених проблем та планів їх подолання.
7. Завершення спілкування.

Саме на цих семи складових і була утворена шкала КЕЕСС. Шкала дозволяє оцінити комунікацію лікаря чи студента за наступними складовими:

А. Побудова відносин, включаючи привітання пацієнта та прояв до нього цікавості як до людини, використання слів, які зазвичай сприймаються як прояв турботи, використання тону, темпу, зорового контакту та постави тіла, які проявляють турботу.

В. Початок співбесіди, включаючи надання можливості пацієнту на початку співбесіди повністю висловитися, не перериваючи його, використання запитань «Чи турбує Вас щось ще?» для того, щоб виявити повний набір скарг, пояснення та обговорення плану подальших дій під час огляду.

С. Збирання інформації про анамнез з використанням відкритих питань («розповіси мені про...» і т. п.), з'ясування деталей, при необхідності використовуючи закриті запитання (з відповідями «так» чи «ні»), узагальнення інформації та надання можливості пацієнту виправити її чи доповнити, ефективні переходи до додаткових запитань.

Д. Розуміння можливі перспективи пацієнта, включаючи запитання про життєві події, обставини, про інших людей, які можуть впливати на стан здоров'я, формування переконання пацієнта щодо можливих проблем та очікувань відносно захворювання та його лікування, уважне вислуховування та вчасне реагування на заяви пацієнта щодо його думок та відчуттів.

Е. Закінчення співбесіди запитаннями про те, чи є у пацієнта запитання, ще якісь скарги та проблеми та виказуванням вдячності пацієнту наприкінці спілкування.

Разом з тим, механізм оцінювання запропонованих складових комунікації був досить простим (дихотомічна шкала з відповідями «так» чи «ні»), і у 2009 р. колектив авторів з Відділу педіатричної невідкладної допомоги Луїсвільського університету (США, штат Кентуккі) доповнили КЕЕСС шкалою Лайкерта, яка давала можливість обирати одну з п'яти оцінок досконалості комунікативних навичок: погано, посередньо, добре, дуже добре, відмінно. В результаті можна провести оцінювання навичок студента (лікаря) як за кожною з

комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікаційну компетентність – від 24 балів (мінімум) до 120 балів (максимум).

### **Assessment and Feedback of Communication Skills RANZCOG (Шкала оцінювання комунікативних навичок RANZCOG)**

Ця шкала була розроблена у 2001 р. та запатентована для контролю за оволодінням комунікативними навичками студентами медичних факультетів та лікарями Королівського Австралійського та Новозеландського коледжу акушерства та гінекології (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists – RANZCOG), як подальша адаптація шкали «Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist».

Результатом проведення оцінювання навичок студента (лікаря) з використанням цієї шкали можливо зробити висновок як за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікаційну компетентність – від 15 балів (мінімум) до 75 балів (максимум).

### **Instrument for assessing videotapes of doctors' performance in consultations**

#### **(Методика для оцінювання відеозаписів консультацій лікарів)**

У 1993 р. науковці Університету Ньюкасл-апон-Тайн (Великобританія) Tyne Jim Cox та Dundee Helen Mulholland розробили методику, яка дозволяла оцінити комунікативні компетентності студентів та лікарів за 37 комунікаційними складовими з використанням 5-бальної шкали Лайкерта та, крім того, включала в себе варіант відмови від відповіді у випадках, коли відеозапис не давав для цього достатньої інформації, але автори зазначають, що при використанні даної методики при безпосередньому спостереженні за проведенням огляду пацієнта використовувати цей додатковий варіант (відмову від оцінювання) не бажано.

В результаті використання «Методики для оцінювання відеозаписів консультацій лікарів» можливо провести оцінювання навичок студента (лікаря) як за кожною з комунікативних складових

(від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікаційну компетентність – від 37 балів (мінімум) до 185 балів (максимум).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт та лікар (в якості пацієнта та лікаря під час практичного заняття можуть виступати студенти навчальної групи) чи відеозапис спілкування лікаря з пацієнтом, бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження комунікативних можливостей.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Комунікативні навички лікаря : підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / [О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович та ін.] ; за заг. ред. О. С. Чабан. – 2-ге видан. переробл. і доповн. – К. : Видавець Заславський О. Ю., 2021. – 434 с.
2. Комунікативні навички лікаря : підручник / Колектив авторів за заг. ред. О. С. Чабан. – К. : Медпринт, 2022. – 400 с.



## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАДОВОЛЕННЯ ПАЦІЄНТА НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

#### **Patient Satisfaction Questionnaire – III (PSQ-III)**

Опитувальник PSQ-III був створений шляхом внесення суттєвих змін до PSQ-II. Шкала PSQ-III складається з 50 тверджень, які використовуються для оцінки, причому кожен елемент з'являється лише в одному модулі, а також одного додаткового твердження (пункт 30), яке стосується переконань про кризу в охороні здоров'я та не використовується для підрахунку задоволеності пацієнтів наданням їм медичної допомоги. Правила зарахування оцінювання тверджень залежать від того, чи є твердження позитивним чи несприятливим відносно задоволення медичною допомогою. Оцінювання результатів проводиться за допомогою шкали Лайкерта з 5 ступенями свободи: від 1 балу – «повністю незадоволений» до 5 балів – «повністю задоволений».

Загальний результат оцінювання задоволеності медичним обслуговуванням за шкалою PSQ-III може коливатися в діапазоні від 50 балів до 250 балів. Крім того, можуть бути оцінені окремі модулі задоволення пацієнтів медичною допомогою:

I. Загальне задоволення (результат може коливатися в діапазоні від 6 до 30 балів).

II. Технічна якість (результат може коливатися в діапазоні від 10 до 50 балів).

III. Міжособистісні аспекти (результат може коливатися в діапазоні від 7 до 35 балів).

IV. Комунікації (результат може коливатися в діапазоні від 5 до 25 балів).

V. Фінансові аспекти (результат може коливатися в діапазоні від 10 до 50 балів).

VI. Доступність, наявність, зручність (результат може коливатися в діапазоні від 12 до 50 балів).

### **Patient Satisfaction Questionnaire-18 (PSQ-18)**

PSQ-18 (Marshall & Hays, 1994) – коротка версія шкали PSQ III, яка зберігає основні характеристики її повнорозмірного джерела, причому відповідні підрахунки PSQ-18 та PSQ-III суттєво корелюють один з одним. PSQ-18 може бути доцільним для використання в ситуаціях, коли брак часу не дозволяє використовувати повнорозмірну версію (обстеження з використанням PSQ-18 займає всього 3–4 хвилини). PSQ-18 пропонує проводити оцінювання за 7 аспектами задоволеності пацієнтів спілкуванням з медичними працівниками, а саме:

- 1) загальне задоволення;
- 2) технічна якість;
- 3) манера комунікації лікаря;
- 4) спілкування;
- 5) фінансові аспекти;
- 6) час, витрачений на відвідування лікаря;
- 7) доступність та зручність.

Кожний аспект перевіряється через різні пов'язані питання, що має суттєву користь, коли метою є визначення конкретних недоліків комунікації лікаря. Загальний результат опитувальника може коливатися від: min – 18 балів до max – 90 балів, а результати за окремими аспектами задоволення можуть коливатися:

1. Загальне задоволення – від 2 до 10 балів.
2. Технічна якість – від 2 до 20 балів.
3. Манера комунікації лікаря – від 2 до 10 балів.
4. Спілкування – від 2 до 10 балів.
5. Фінансові аспекти – від 2 до 10 балів.
6. Час, витрачений на відвідування лікаря – від 2 до 10 балів.
7. Доступність та зручність – від 2 до 20 балів.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття можуть виступати студенти навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження задоволення пацієнта.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Комунікативні навички лікаря : підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / [О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович та ін.] ; за заг. ред. О. С. Чабан. – 2-ге видан. переробл. і доповн. – К. : Видавець Заславський О.Ю., 2021. – 434 с.
2. Комунікативні навички лікаря : підручник / Колектив авторів за заг. ред. О. С. Чабан. – К. : Медпринт, 2022. – 400 с.

## **ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН ПАЦІЄНТУ ТА ЙОГО РОДИЧАМ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Мету бесіди з повідомленням поганих новин можливо структурувати у вигляді чотирьох завдань, які повинні досягатися:

1. Збір інформації від пацієнта, який дозволяє оцінити його очікування та готовність до сприйняття поганих новин.
2. Надання пацієнту інформації відповідно до його потреб та переживань.
3. Підтримка пацієнта з використанням навичок щодо зниження емоційного впливу поганих новин.
4. Розробка плану подальшого лікування сумісно з пацієнтом.

При повідомленні поганих новин ефективним є користування протоколом SPIKES – «Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary» (Baile W. et al., 2000) – «Умови, Сприймання, Запрошення, Знання, Емоції та Емпатія, Стратегія та Підсумки» (додаток 5.3). Протокол складається з шести кроків та містить кілька стратегій для усунення дистресу пацієнта. Цілі спілкування з пацієнтом досягаються шляхом виконання шести завдань або кроків, кожен з яких є пов'язаним з певними навичками. Слід зазначити, що не кожен випадок повідомлення поганих новин вимагає виконання усіх кроків SPIKES, але якщо вони робляться, то обов'язково повинні йти послідовно один за одним.

**■ Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт та лікар (в якості пацієнта та лікаря під час практичного заняття можуть виступати студенти навчальної групи).

**■ Оцінка результатів:** Чіткість та відповідність бесіди до кроків алгоритму SPIKES.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(1):302–311.
2. Bezsheiko, V., & Davydenko, I. (2017). Алгоритм професійного спілкування лікаря в окремих клінічних ситуаціях. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(4), e020477. <https://doi.org/https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.77>
3. Комунікативні навички лікаря : підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / [О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович та ін.] ; за заг. ред. О. С. Чабан. 2-ге видан. переробл. і доповн. – К. : Видавець Заславський О. Ю., 2021. – 434 с.
4. Комунікативні навички лікаря : підручник / Колектив авторів за заг. ред. О. С. Чабан. – К. : Медпринт, 2022. – 400 с.

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2**

### **ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

---

## ТЕМА 6

### ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

---

#### *Еталон практичної навички № 6.1*

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СТРЕСОВОГО СТАНУ ТА СТАНУ ДИСТРЕСУ

#### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

Початком розуміння стресового стану вважають роботи Клода Бернара (Claude Bernard), який у 1865 році зазначав, що підтримання життя значною мірою залежить від збереження незмінності внутрішнього середовища організму через впливи мінливого зовнішнього середовища, який пізніше, у 1929 році були названі «гомеостазом» Вальтером Кенноном (Walter Bradford Cannon) в роботі «Тілесні зміни від болю, голоду, страху та гніву». Тільки у 1956 році Ганс Сельє (Hans Hugo Bruno Selye) у своїй роботі «Стрес життя» для позначення комплексу наслідків всього, що загрожує життю, використав термін «стрес». Відповідно, будь-яка фактична чи така, що може бути припущеною, загроза для життя позначається «стресором», а реакція на цей стресор – «стресовою реакцією». За своєю фізіологічною суттю стресові реакції слід розглядати як адаптаційні процеси, але ще Сельє помітив, що тяжкі та тривалі стресові реакції можуть призводити не до покращення стану, а навпаки, до ушкодження тканин і органів та до захворювання.

Ганс Сельє виділяв 3 стадії «Загального адаптаційного синдрому»:

- 1 стадія – напруження та тривоги;
- 2 стадія – резистентності;
- 3 стадія – виснаження.

Під час 1 стадії відбувається активне викидання катехоламінів та кортикостероїдів до кров'яного русла, надактивне використання усіх запасів жирів, холестерину та аскорбінової кислоти, підви-

щення кількості лейкоцитів, еозинофілів та підсилення каталітичних процесів в тканинах, пригнічення діяльності щитовидної та статевих залоз, тіміко-лімфатичного апарату та анаболічних процесів з утворенням РНК та протеїнів.

Під час 2 стадії відбувається накопичення в корковому шарі наднирників попередників стероїдних гормонів (ліпоїдів, холестерину, аскорбінової кислоти), активація синтетичних процесів у тканинах, подальше зменшення тіміко-лімфатичного апарату, діяльності щитовидної та статевих залоз, зниження рівня інсуліну в крові.

Під час 3 стадії знижується активність симпато-адреналової системи, пригнічення усіх захисних процесів організму з недостатністю глюкокортикоїдів та перевагою їх антагоністів (мінералокортикоїдів), що може призвести до виникнення захворювань чи навіть смерті.

Впродовж усього життя травматичні події серед населення є високими, під їх впливом опиняються від 40 до 70 % населення.

Для психологічної діагностики стресу найчастіше використовуються стандартизовані тести, спрямовані на оцінювання рівня найбільш розповсюджених психологічних маркерів стресу – тривоги та депресії: шкала Гамільтона, Спілбергера-Ханіна, тести Зунга, Люшера та ін. Необхідно підкреслити, що більшість психодіагностичних методик спрямована на виявлення найбільш характерних для стресових станів психопатологічних симптомів, як правило – симптомів тривожно-депресивного кола та рівня адаптації, але слід пам'ятати, що ці симптоми не є специфічними і можуть бути проявами дуже великої кількості як екзогенних, так, навіть, і ендогенних психічних розладів.

Шкала **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** – Госпітальна шкала тривоги і депресії була розроблена у 1983 р. Zigmond A. S., Snaith R. P. для первинного виявлення станів тривоги та депресії в загальномедичній практиці, що дозволяє використовувати її для проведення первинного скринінгу пацієнтів у стані дистресу та виявлення хворих на психічні розлади тривожно-депресивного кола. Шкала має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги і депресії. Вона почасти використовується для виявлення та оцінки тяжкості



цих симптомів в загальносоматичних умовах. Перевагами даної шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта).

Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: підшкала А – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

Як і у всіх випадках застосування стандартизованих шкал самооцінювання, для досягнення валідних результатів необхідно забезпечити самостійне заповнення шкали пацієнтом (без обговорення варіантів відповіді з родичами, знайомими, сусідами по палаті). При необхідності слід надати пацієнту відокремлене місце, а для забезпечення спонтанності відповіді бажано встановити пацієнту чіткі часові рамки для заповнення шкали (в межах 20–30 хвилин). За цей інтервал часу шкала повинна бути заповнена повністю. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти або перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин), рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланка. Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

Критерії оцінювання кількості балів: 0–7 – норма; 8–10 – зона ризику (присутність феномену) або легкий, «доклінічний» ступінь тяжкості; 11 або вище вказує на ймовірну наявність клінічного розладу настрою; 11–15 – помірний ступінь розладу настрою; 16–21 – важкий ступінь розладу настрою.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження стресового стану.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
2. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
3. Сельє Г. Стресс без дистресса. – М., 1976.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ПАЦІЄНТА**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

На подолання фруструючого впливу хвороби, що стосується психосоматичної патології, і складного комплексу тривожних переживань, спрямовані механізми психологічного захисту, яким R. S. Lazarus відводив роль контролю над загрозливими станами.

Характерно, що, вводячи понад сто років тому поняття «захисні механізми», З. Фрейд визначав їх як «захист Его» у конфліктних ситуаціях, що породжують тривогу і, як наслідок, невротичний симптомокомплекс. Механізми психологічного захисту (МПЗ) за своїми проявами несвідомої психічної активності, що формується в онтогенезі на основі взаємодії вроджених властивостей з індивідуальним досвідом розвитку особистості у певному соціальному середовищі та культурі, здатні або погіршити, або пом'якшити особистісні реакції на емоційно значущі стимули.

З часу введення З. Фрейдом в 1894 р. поняття психологічного захисту ідея захисного механізму найбільш часто і продуктивно використовується при побудові та аналізі різних теорій особистості. Спочатку З. Фрейд відносив психологічний захист до вторинних психічних процесів, протиставляючи його уяві, сновидінням, мріям, які розглядалися ним в якості первинних психічних процесів. МПЗ виступали як засоби вирішення конфлікту між свідомим та несвідомим. Згодом, виходячи з розробленої класичної психоаналітичної теорії особистості, МПЗ розглядалися як функції «Его», які відповідають за інтеграцію та адаптацію при загрозі цілісності особистості.

З позицій З. Фрейда, захисні механізми запускаються в екстремальній ситуації та виконують функцію зняття внутрішнього конфлікту. Пізніше Ганна Фрейд спробувала узагальнити та систематизувати знання про МПЗ, роблячи акцент на їх ролі у вирішенні зовнішніх, соціально-асоційованих конфліктів та розглядаючи МПЗ як продукти навчання.

Ганна Фрейд, К. Хорні, Е. Alexander переробили теорію МПЗ без використання поняття «Ід», замість якого вони використали прагнення до безпеки і задоволення, що борються між собою. На думку авторів, конфлікт між цими прагненнями викликає витіснення. При цьому К. Хорні використовувала МПЗ, описані Г. Фрейд, які вона класифікувала за рубриками реактивних утворень та проекцій.

Відповідно до класифікацій різних авторів, виділяється більше трьох десятків типів психологічного захисту, таких, як витіснення, заперечення, переміщення, зворотне почуття, пригнічення первинне, пригнічення вторинне, ідентифікація з агресором, аскетизм, інтелектуалізація, ізоляція, розщеплення, проекція, ідентифікація, всемогутність, примітивна ідеалізація, реактивна освіта (реверсія або формування реакції), заміщення або субституція (компенсація або сублимація), зміщення, інтроекція, знищення, ідеалізація, сновидіння, раціоналізація, відчуження, катарсис, інсценування реакції, фантазування, заговорювання, аутоагресія та ін.

Разом з тим, згідно з даними наукової літератури, захисні механізми мають і певні загальні властивості: вони діють у підсвідомості, індивід не усвідомлює, що з ним відбувається, вони заперечують, спотворюють чи фальшують дійсність, діють у ситуації конфлікту, фрустрації, психотравми, стресу. Таким чином, мета психологічного захисту – зниження емоційної напруженості та запобігання дезорганізації поведінки. МПЗ забезпечують регуляцію, спрямованість поведінки, редукують тривогу та емоційну поведінку. У цьому беруть участь всі психічні функції особистості, але щоразу як МПЗ виступає переважно одна з них і перебирає основну частину роботи з подолання негативних переживань.

Хоча єдиної класифікації механізмів психологічного захисту немає, їх можна розділити за рівнем зрілості на протективні (витіснення, заперечення, регресія, реактивне утворення тощо) і оборонні, дефензивні (раціоналізація, інтелектуалізація, ізоляція, ідентифікація, сублимація, проекція, зсув).

Перші вважаються примітивнішими, не допускають надходження конфліктної та травмуючої дії на свідомість особи. Другі допуска-

ють інформацію, що травмує, але інтерпретують її як би «безболісним» для себе чином.

У сучасній науковій літературі відображені також різні інтерпретативні підходи до функцій МПЗ. М. Jarosz, намагаючись інтерпретувати **МПЗ у рамках реагування на психологічний стрес та фрустрацію**, виділяв такі типи реакцій:

- 1 – спроби усунення перешкоди;
- 2 – спроби обійти перешкоду;
- 3 – заміна мети, що стала недосяжною, на більш досяжну;
- 4 – пряма агресія;
- 5 – переміщення агресії на інший об'єкт;
- 6 – регресія;
- 7 – відмова (покора).

Крім того, він виділяв 2 типи спрямованості реакцій: на усунення напруги, що супроводжує стресову напругу, та на видалення причин стресу.

Ф. Б. Березін виділяв чотири типи психологічного захисту:

- 1 – що перешкоджають усвідомленню факторів, які викликають тривогу, або самої тривоги (заперечення, витіснення);
- 2 – що дозволяють фіксувати тривогу на певних стимулах (фіксація тривоги);
- 3 – що знижують рівень спонукань (знецінення вихідних потреб);
- 4 – що усувають тривогу або модифікують її інтерпретацію за рахунок формування стійких концепцій (концептуалізація).

У психології кінця ХХ сторіччя уявлення про психологічний захист найчастіше використовувалися як пояснюючі категорії в досить широкому колі психологічних теорій – це теорії відносин особистості, теорії самооцінки, теорії переживання та ін. Медико-психологічне трактування поняття МПЗ спиралося на розуміння проблеми психічної адаптації як уродженої категорії. Механізми психологічного захисту з цих позицій розвиваються в онтогенезі як засоби адаптації та вирішення психологічних конфліктів, найпопулярнішим критерієм ефективності дії МПЗ є ліквідація тривоги.

У світлі психології відносин В. Н. М'ясищева, МПЗ розглядаються як система адаптивних, найчастіше неусвідомлюваних, реакцій особистості. Ця система спрямована на зміну значущості дезадаптивних компонентів відносин – когнітивного, емоційного, поведінкового, з метою ослаблення їхнього психотравмуючого впливу на людину.

У сфері діагностики захисних механізмів першорядну роль відводили проєктивним методам дослідження. Однак, враховуючи, що за допомогою проєктивних методик неможливо систематизовано оцінити повний спектр захисних механізмів, ряд дослідників робили спроби створення опитувальників, які вимірюють захисні механізми, заснованих або на самозвіті, або з урахуванням думки інтерв'юера (експертна оцінка). З більш ніж десяти існуючих методик всі, крім кількох, обмежені вимірюванням лише окремих способів захисту. Найчастіше це «заперечення», «раціоналізація», «проєкція». Проблема діагностики механізмів психологічного захисту ускладнюється також і тим, що автори методик дотримуються різних теоретичних орієнтацій, що породжує велику кількість термінологічних неточностей та проблему непорівнянності даних, отриманих різними авторами.

**Психоеволюційна теорія емоцій** Роберта Плутчика та **структурна теорія особистості** Генрі Келлермана пропонують специфічну мережу взаємозв'язків між різними рівнями особистості: рівнем емоцій, захистом та диспозицією (спадковою схильністю до психічних захворювань). Р. Плутчик та Г. Келлерман виходили з того, що базовий (основний) діагноз, названий диспозицією, є успадкованим і кожна з особистісних диспозицій пов'язана як з певною емоцією, так і з певним захисним механізмом. Разом вони утворюють систему, структуровану таким чином, що сусідні сектори позначають подібні диспозиції, наприклад, манія – істерія, а протилежні – полярні диспозиції, наприклад, манія – депресія.

Для особи з **диспозицією манії** характерні дружелюбність, товариськість та гіпертрофована соціабельність, гедонізм. Захисним механізмом є реактивне утворення, метою якого є лише управління поведінкою. «Супер-Его» пригнічує привабливість приємних

стимулів, особливо це стосується об'єктів, потяг до яких соціально не схвалює.

Для особи з **диспозицією істерії** характерні висока навіюваність, відсутність критичності, селективна неувага. Переважаючий тип захисту – заперечення.

Поведінка особистостей з **агресивною диспозицією** прямо протилежна поведінці пасивного типу. Основна емоція – гнів, основний захист – заміщення, що служить керувати гнівом, агресією. Цей механізм дозволяє направити реакцію агресії на більш безпечний об'єкт.

В осіб із **диспозицією психопатії** виражена потреба залишатися у неконтрольованому стані. Захист регресією дає можливість постійної розрядки імпульсів, повертаючись іноді до більш-менш зрілих моделей задоволення потреб.

Особи з **депресивною диспозицією** страждають через втрату уявного об'єкта та втрату самоповаги. Основна емоція – смуток. Основний спосіб захисту – компенсація, спрямована на уникнення почуття депресії.

Для осіб з **параноїдною диспозицією** характерна відсутність навіювання та висока критичність, переважаючими емоціями є огида або неприйняття, як захист використовується механізм проєкції, яка дозволяє їм не помічати власну неповноцінність.

Для особистостей з **пасивною диспозицією** характерні інертність, пасивність, уникнення, відхід у себе, безініціативність, схильність бути залежним від когось. Основна емоція – страх, основний механізм захисту – придушення (витіснення).

І, нарешті, **обсесивна диспозиція** характеризується прагненням контролювати довкілля з допомогою очікування. Психологічний захист здійснюється за допомогою інтелектуалізації, раціоналізації та сублімації.

**Механізми психологічного захисту можна поділити на дві групи:**

1. **Протективні** (примітивні, незрілі), їх мета – не допустити інформацію у свідомість. До них відносяться проєкція, заперечення, витіснення та ін.

2. **Дефінзивні** (більш зрілі), які допускають інформацію до свідомості, але спотворюють її. Це сублімація, інтелектуалізація та ін.

На основі психоеволюційної теорії R. Plutchik та структурної теорії особистості Н. Kellerman у 1979 році була створена методика LSI, яку слід визнати найбільш вдалим діагностичним засобом, що дозволяє діагностувати всю систему МПЗ, виявити як провідні, основні механізми, так і оцінити ступінь напруженості кожного механізму. При складанні опитувальника авторами використовувалися кілька джерел, включаючи як психоаналітичні праці, так і роботи із загальної психопатології та патопсихології.

Plutchik R., Kellermann H., Conte H. R. за одну з головних характеристик механізмів психологічного захисту вважають їх полярність: витіснення полярне заміщенню, проекція – запереченню, інтелектуалізація – регресії. На основі методики LSI її автори висунули **п'ять постулатів**:

1. Специфічні механізми психологічного захисту призначені для управління специфічними емоціями.
2. Існує вісім базових механізмів психологічного захисту, які виникли відповідно до восьми базових емоцій.
3. Базовим механізмам психологічного захисту властиві полярність та похідність.
4. Більшість типів особистості описуються особливостями захисних стилів.
5. Індивід може використовувати комбінацію механізмів психологічного захисту.

**Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI)** базується на психоеволюційній теорії Роберта Плутчика та структурній теорії особистості Генрі Келлермана і є стандартизованим інтерв'ю з дев'ятьма семи тверджень. Опитувальник складається з 8 шкал, що відповідають певним механізмам психологічного захисту: А – заперечення, В – витіснення, С – регресія, D – компенсація, Е – проекція, F – заміщення, G – інтелектуалізація, H – реактивні утворення. Підрахунок результатів здійснюється за бланком відповідей, який є одночасно і ключем. При цьому підраховуються тільки позитивні відповіді за кожною шкалою, що являють собою «сирі» бали, які в



подальшому можуть бути порівняні з середньонормативними показниками з вибірки стандартизації, або переведені у відсоткові показники. Останні показують умовне розташування обстежуваного у вибірці стандартизації відповідно до її відсоткового розподілу.

Відсоткові показники, запропоновані авторами методики, дають можливість отримати відображення отриманих результатів у зручній графічній моделі. Вона демонструє одне з основних теоретичних положень, що лежать в основі методики – попарну полярність вимірюваних механізмів. Як додатковий може використовуватися також вторинний показник, який є сумою «сирих» балів за всіма шкалами. Він був створений відповідно до припущення, що в основі своїй всі захисні механізми, незважаючи на їх полярність або доповнюваність один одного, виконують одну і ту ж функцію (здебільшого – зниження рівня тривоги) і таким чином відповідно до цих «загальних знаменників» можуть бути об'єднані в якийсь загальний захист «Его». Таким чином, сумарна оцінка шкальних оцінок може відображати рівень її виразності, який отримав назву Ступінь напруженості захисту (CHЗ).

Наведемо короткий опис механізмів психологічного захисту, які можливо ідентифікувати з допомогою тесту LSI.

### **А. Заперечення**

Коли реальна дійсність неприємна людині, вона заперечує існування неприємностей чи намагається знизити серйозність загрози, тобто нездійсненні бажання, спонукання, наміри, факти і дії не визнаються, відкидаються шляхом несвідомого заперечення їх існування, а реальні явища вважаються неіснуючими. Зміст захисту цього механізму можливо зрозуміти з прикладу: людина невиліковно хвора, але, заперечуюча цей факт, може знайти в собі сили продовжити боротися за життя. Водночас, набагато частіше буває, що заперечення виступає не в якості захисту, а навпаки, в якості додаткової перешкоди життю, комунікації та продуктивній праці: не визнаючи критики на свою адресу, людина не прагне позбутися наявних недоліків, які справедливо критикуються, або відкинути безглузді, руйнівні переконання чи прагнення. Заперечення часто буває першою реакцією людини, якій повідомили про катастрофіч-

ну, руйнівну для її життя подію (смерть близької людини, банкрутство, зрада тощо).

Заперечення можна розглядати в аспекті перцептивних захисних механізмів двох типів: при першому типі (невербальна форма заперечення) страждає власне перцепція (сприйняття), а не свідомість. Наприклад: для розповідача шум у компанії (який свідчить про відсутність інтересу до його розповіді) не відчувається, сприймаючись не як гучний, а як «нормальний». При другому типі (вербальна форма заперечення) до захисту включаються когнітивні процеси – зміст інформації усвідомлюється, але невірно трактується. У випадку, який ми почали розглядати, розповідач почує шум в компанії, але зрозуміє його як ознаку інтересу до його розповіді, її постійного обговорення слухачами.

### **В. Витіснення (пригнічення, репресія)**

Під витісненням розуміють придушення чи виключення зі свідомості неприємних чи неприйнятних подій та явищ, тобто видалення зі свідомості тих моментів, інформації, що викликають тривогу. При цьому витісняються і не впливають на реальну поведінку неприємні визнання самому собі і відповідні переживання. При цьому частіше придушуються ті думки і бажання, які суперечать прийнятним людині моральним цінностям і нормам. Так при невротичних розладах часто витісняється основна подія, яка стала їх причиною. Витіснення може бути повним або частковим.

### **С. Регресія**

Це механізм повернення до примітивних, ранніх, пов'язаних з дитинством, форм реагування та типів поведінки (перехід на попередні рівні психічного розвитку та актуалізація успішних у минулому способів реагування). Регресія може здійснюватися по відношенню до різних рівнів реалізації діяльності та сфер особистості – мотиваційної, смислової, цільової та ін.

### **D. Компенсація**

Компенсація реалізує здатність людини позбавлятися переживань з приводу власних недоліків (здібностей, знань, умінь та навичок) за рахунок розвитку чи актуалізації інших якостей та видів діяльності.

### Е. Проекція (перенесення, переміщення)

Механізм проекції проявляється в тому, що власні негативні якості, потяги, звички людина несвідомо приписує іншій особі (проекує, переносить на неї), причому, як правило, у гіпертрозованому вигляді, чи у випадках, коли свої агресивні наміри та імпульси людина повністю приписує іншим людям, собі залишає роль жертви. В якості захисту від тривоги людина може реагувати ворожою і агресивною поведінкою на зовнішній об'єкт, який є об'єктом проекції. Ставлення людини, яка проєкує, до тих, на кому проекція фокусується, нерідко стає підозрілим або навіть ворожим. Варіантом проекції також може бути сарказм, іронія людини, як варіант принизливого ставлення до інших в результаті низького рівня самооцінки у неї самої.

На противагу механізму проекції, виділяють інтроєкцію або інтеріоризацію (перехід ззовні всередину).

### Ф. Заміщення

Цей механізм виражається переорієнтацією з теми, яка викликає тривогу і неприємні відчуття, на іншу або, рідше, частковим, непрямым задоволенням неприйнятного бажання будь-яким іншим, морально допустимим способом. Наприклад: після конфлікту з начальником на роботі людина обрушує гнів на членів сім'ї, свійських тварин. Як найбільш корисний варіант заміщення можна розглядати **сублімацію**. В психологію цей хімічний термін (лат. *sublimo* – піднімаю) був введений З. Фрейдом, який розумів її як процес перетворення лібідо на піднесене прагнення та соціально прийнятну діяльність. Виділяють **2 різновиди сублімації**: Первинна сублімація, за якою зберігається початкова мета, до якої прагне особистість (наприклад, бездітні батьки усиновлюють дітей). Вторинна сублімація пов'язана з відмовою від початкової мети, а для досягнення захисту використовується вищий рівень психічної активності і сублімація має більш опосередкований характер (сексуальне чи соціальне незадоволення призводить до активної діяльності в мистецтві, літературі, релігії, науці). Як вважав З. Фрейд, дантист може сублімувати садизм, художник – ексгібіціонізм, адвокат – бажання знищити ворогів.

## **G. Інтелектуалізація**

Це своєрідна спроба виходу з емоційно загрозливої ситуації шляхом її відстороненого обговорення в абстрактних, інтелектуалізованих термінах та пошуку найбільш логічно обґрунтованого шляху її вирішення. Люди, які систематично використовують інтелектуалізацію, залишають враження емоційно холодних і відчужених у міжособистісних стосунках.

## **H. Реактивні утворення (формування реакцій)**

У цьому випадку відбувається заміна прийнятних тенденцій на прямо протилежні (інверсія бажань), коли люди можуть приховувати від себе мотив власної поведінки за рахунок його придушення свідомо підтримуваним мотивом протилежного типу. Наприклад: відкинута любов змінюється ненавистю до того ж об'єкта, заздрість замінюється поведінкою шанувальника тощо. Цей МПЗ характеризується ригідністю та стереотипією поведінкових механізмів, внаслідок чого може призводити до деформації соціальних відносин.

У психіатричній та медико-психологічній літературі психологічний захист, як психологічна категорія, нерідко розглядається як поняття, досить близьке до визначення **«поведінки подолання»** чи **«копінг-поведінки»**. Натомість поняття копінг-поведінки та механізмів психологічного захисту є зовсім не тотожними. Як писали у 1984 році Лазарус Р. С. та Фолкман С., ґрунтуючись на оцінюванні загрози, люди та інші живі організми проявляють реакцію подолання. Центральна нервова система людини має тенденцію генерувати тільки інтегровані реакції подолання, а не окремі, ізольовані реакції, тому, коли виникає ситуація з можливістю реалізації реакції «бій чи біжи», ссавці, в тому числі й люди, як правило, проявляють підвищену вегетативну та гормональну активність, яка підсилює можливості м'язового напруження. Навпаки, при виникненні аверсивних ситуацій, в яких копінг-реакція неможлива, ссавець може проявляти підвищення пильності зі збудженням симпатичної нервової системи з гальмуванням рухів та відтоком крові з периферії. Водночас існують значні індивідуальні особливості в схильності реагування людини на одну й ту ж саму ситуацію – «стереотипія реакції подо-

лання». Крім того, в різних ситуаціях одні люди схильні до реагування з використанням активного подолання, тоді як інші, навпаки, демонструють реагування аверсивного пильнування.

Для дослідження механізмів поведінки подолання стресу Н. С. Ендлер, Д. Д. А. Паркер розробили **тест «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях»**, який є опитувальником, що складається з 48 тверджень, що відповідають можливим реакціям людини на різні важкі, прикрі або стресові ситуації. Кожному із тверджень, залежно від того, наскільки часто це твердження відповідає його реакціям на стресову ситуацію, респондент має можливість присвоїти одну з 5 оцінок: від 1 (ніколи) до 5 (дуже часто).

Результати аналізуються за 3 шкалами та 2 субшкалами, що відповідають певним типам копінг-поведінки: копінг, орієнтований на вирішення завдання, на емоції, на уникнення; субшкала копінгу, орієнтованого на відволікання, та субшкала копінгу, орієнтованого на соціальне відволікання. Кожна шкала складається з 16 тверджень, а дві субшкали складаються з 8 та 5 тверджень (відповідно), віднесених до шкали запобігання.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження механізмів психологічного захисту.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Alexander E. The impact of Freudian Psichiatry. – Chicago, 1980.
2. Lazarus R. S. Enviromental planning in the context of stress and adaptation. – In: Symposium "Society, stress and disease" Stocholm. – Oxford, 1970. – P. 430.
3. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R. A structural theory of ego defenses and emotions // Emotions in personality and psychopathotogy. N.Y., 1979. – P. 229–257.

4. Омелянович В. Ю. Особенности функционирования механизмов психической адаптации к условиям службы в органах внутренних дел : монография / В. Ю. Омелянович. – Донецк, 2012. – 365 с.
5. Омелянович В. Ю. Гендерні особливості взаємозв'язків структури копінг-поведінки та психологічного феномену ворожості / В. Ю. Омелянович // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2016. – № 26. – С. 516–522.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Хоча за своїм фізіологічним змістом стрес є адаптаційним процесом, реакція на стресор може бути неадекватною, якщо вона відбувається неодноразово чи повторно. Виникнення цих процесів витікає з фізіологічних особливостей стресу.

Після гострого впливу стресора в організмі людини відбувається каскад змін в нервовій, серцево-судинній, ендокринній та імунній системах, які зазвичай мають адаптивний характер (в короткостроковій перспективі). На адаптивність цих процесів вказують дві головні особливості.

Перша – активуються «гормони стресу», які звільняють енергетичні резерви організму для їх негайного використання.

Друга – виникає нова модель пріоритетного розподілу енергії організму, внаслідок чого активуються ті тканини та органи, які необхідні для протидії стресору: в першу чергу – скелетні м'язи та головний мозок. Також активуються клітини імунної системи. Менш важливі види діяльності, такі, як травлення, зростання та секс, навпаки, призупиняються.

«Гормони стресу» викидаються симпатичною нервовою системою та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковою системою.

Спочатку в гіпоталамусі активуються центри симпатичної нервової системи та центри контролю ендокринної системи, запускаючи, відповідно, нервовий та гуморальний механізми стресу. Нервовий механізм працює значно швидше гуморального, впливаючи на речовину наднирників. З передньої долі гіпофізу у кров'яне русло починає надзвичайно активно поступати норадреналін та адренокортикотропний гормон (АКТГ), який впливає на мозкову речовину наднирників та призводить до підвищення синтезу та виходу в кров кортикостероїдів (в першу чергу – кортизолу) та катехоламінів (адреналін і норадреналін).

Адреналін звужує кровonosні судини (в першу чергу – шкіри та черевної порожнини), активує роботу серця, що призводить до підвищення кров'яного тиску та прискорення току крові. Зазначені зміни призводять до змін у розподілі крові в організмі, знижуючи наповнення кров'ю органів черевної порожнини та покращуючи кровопостачання до головного мозку та скелетних м'язів. В цих органах адреналін сприяє розширенню судин, ліквідуючи недостатність поживних речовин та кисню. Крім того, адреналін підвищує вміст в крові глюкози та молочної кислоти, мобілізує жири з депо, активуючи вуглеводний та жировий обмін. Адреналін підсилює скорочення селезінки, призводячи до викидання до кров'яного русла додаткових елементів і підвищуючи її дихальні здібності та, як наслідок, збільшуючи обмін кисню в тканинах. Слід додати, що адреналін впливає і на гіпоталамус, додатково стимулюючи центри гуморальної регуляції, що призводить до підвищення синтезу в паравентрикулярному ядрі гіпоталамусу кортикотропін-релізінг-гормону (КРГ), який, в свою чергу, впливає на передню долю гіпофізу, стимулюючи синтез АКТГ, а він стимулює наднирники до секреції кортизолу.

Кортикостероїди в стресовому стані, на відміну від катехоламінів, мають не такий швидкий, але значно більш тривалий вплив на стан організму. Вони підвищують тонус серцево-судинної, м'язової та дихальної систем, інтенсифікують білковий, вуглеводний та жировий обмін, а також підвищують енергетичний потенціал, в першу чергу, активуючи катаболізм білків амінокислот в тканинах. Після того, як амінокислоти потрапляють до печінки, вони піддаються процесам дезамінування та використовуються в глюконеогенезі. Також підвищення рівня кортикостероїдів у крові сприяє мобілізації ліпідного обміну в підшкірній клітковині з утворенням із продуктів розщепленого жиру легкозасвоюваних ліпідів. Важливим в умовах стресу є також вплив кортикостероїдів на тимус, селезінку та лімфатичні вузли, які піддаються інволюції, зменшуючись у розмірах. Високий рівень кортикостероїдів у крові призводить до зменшення в ній еозинофілів та лімфоцитів з одночасним підвищенням кількості нейтрофілів.



І катехоламіни, і кортикостероїди стимулюють ліполіз та перетворення глікогену у глюкозу, що призводить до зростання рівня цукру в крові та активацію В-клітин інсулярного апарату та викидання інсуліну до кров'яного русла.

Хронічний стрес та процеси, викликані ним та описані вище, можуть призвести до виникнення **психосоматичних захворювань (психосоматичних розладів)**. Психосоматичні розлади – це соматичні захворювання, у патогенезі яких вирішальну роль відіграють психосоціальні чинники. В рамках класичної психосоматичної традиції до психосоматичних захворювань відносять більшість хронічних соматичних розладів, насамперед такі, які складають «психосоматичну сімку» («*holly seven*» чи «*Chicago seven*»). Автором цієї «сімки» є видатний американський лікар Franz Alexander, який працював у Чиказькому університеті професором психоаналізу, і який у 1930 р. вперше виклав список психосоматозів:

- Есенціальна гіпертензія;
- Ішемічна хвороба серця;
- Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- Виразковий коліт;
- Бронхіальна астма;
- Нейродерміт;
- Ревматоїдний артрит;
- Гіпертиреоз.

У наведеному нами списку не сім, а вісім захворювань, тому що «ішемічна хвороба серця» фігурує в деяких ранніх публікаціях «сімки». На теперішній час список «класичних психосоматозів» значно розширений, в першу чергу за рахунок таких захворювань, як цукровий діабет 2 типу, псоріаз, аліментарне ожиріння, ідіопатичний закреп тощо. Franz Alexander стверджував, що вибір органу, який уражається, обумовлений характером пригнічених або витіснених прагнень чи переживань внаслідок психологічного конфлікту. Ураження органу чи системи є опосередкованою реакцією вегетативного відділу нервової системи, яка функціонує в умовах стресу. Так, хронічне придушення гніву, з позиції F. Alexander, призводить до розладів серцево-судинної системи, а незадоволена потреба в

коханні – до виникнення бронхіальної астми та патології шлунково-кишкового тракту.

### ***Загальні ознаки психосоматичних розладів:***

- Хронічний перебіг.
- Значна роль психічного стресу в етіології, патогенезі та динаміці захворювання.
- Преморбідні характеристики особистості хворого, що визначають емоційну лабільність, труднощі у міжособистісних взаєминах, недостатність навичок ефективного подолання стресу та ін.
- Недостатня ефективність традиційних схем та методів лікування соматичної патології.
- Позитивний ефект при застосуванні психофармакотерапії та психотерапії.

Психологічні методи діагностики соматизації стресового стану включають в себе, в першу чергу, стандартизовані інтерв'ю, спрямовані на виявлення соматичних скарг та симптомів шляхом самооцінювання пацієнтом своїх відчуттів та змін у своєму стані.

У 1994 р. доктор Berend Terluin (Нідерланди) виділив чотири параметри симптомів, які виявилися необхідними і достатніми для опису всього спектру загальнопсихологічних скарг пацієнтів первинної ланки медицини: «дистрес», «депресія», «тривога» та «соматизація».

Вимір «дистрес» представляє симптоми, які є результатом напруження, викликаного стресором, а також внаслідок зусиль, які необхідно докласти, щоб боротися з цим стресором і підтримувати прийнятний рівень психосоціального функціонування. Вимір «депресія» виявляє депресивні думки (включаючи суїцидальні думки) і втрату задоволення (ангедонію), тобто симптоми, характерні для клінічної депресії. Вимір «тривога» охоплює такі симптоми як загальна тривога, панічні атаки, фобічна тривога та поведінка уникнення, тобто симптоми, характерні для клінічної тривоги. Вимір «соматизація» включає «психосоматичні» симптоми, які представляють собою реакцію організму на стрес, коли вони ще відносно нечисленні та слабкі, але коли скарг багато і руйнівні. Ґрунтуючись на цих чотирьох «вимірах», доктор Berend Terluin у 1996 р. розро-

бив «Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)». У загальній практиці 4DSQ дозволяє лікарю диференціювати психічні захворювання та неускладнені, пов'язані зі стресом розлади. Хоча спочатку 4DSQ був розроблений для використання в первинних оглядах, він також може бути корисним в умовах охорони праці, в опитуваннях стресу на роботі і як діагностичний інструмент для оцінки працівників, які перебувають на лікарняному через психологічні причини.

4DSQ складається з 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів. Варіанти відповідей на питання сформульовані як «ні», «іноді», «регулярно», «часто», «дуже часто або постійно». Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 2 балів, де 0 балів – «ні»; 1 – «іноді»; 2 – для всіх інших варіантів відповідей. При обробці опитувальника кількість балів підсумовується згідно з окремими шкалами. Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32); шкала депресії – 6 пунктів (загальна сума балів від 0 до 12); шкала тривожності – 12 пунктів (загальна сума балів від 0 до 24); шкала соматоформних порушень – 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32). Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді і не вказані підшкали опитувальника.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess

- distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry, 2006; 6: 34.
2. Terluin, B. (1994). Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Nervous breakdown substantiated. A study of the general practitioner's diagnosis of surmenage]. Ph.D. thesis. Utrecht: DETAM.
  3. Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie [The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). A questionnaire to measure distress, depression, anxiety, and somatization]. Huisarts en Wetenschap, 39, P. 538–547.
  4. Омелянович В. Ю. Особенности функционирования механизмов психической адаптации к условиям службы в органах внутренних дел : монография / В. Ю. Омелянович. – Донецк, 2012. – 366 с.
  5. Селье Г. Стресс без дистресса. -Смулевич А. Б. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня / А. Б. Смулевич, Н. Н. Яхно, Б. Терлуин и др. // Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2014, С. 67–73.

## ТЕМА 7

### ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

---

#### *Еталон практичної навички № 7.1*

#### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З СЕРЦЕВО-СУДИННИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ**

##### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

**Кардіопсихологія** (Cardiac Psychology) – це достатньо нова галузь медичних знань, яка об'єднує особливості, досвід та підходи кардіології, психосоматичної медицини та медичної психології. Наскільки молода ця галузь можна побачити, дивлячись на те, коли в медичний лексикон був введений цей термін та інші, подібні позначення розділу медичної психології, які займаються пацієнтами з захворюваннями серцево-судинної системи: «Поведінкова кардіологія» (Behavior Cardiology) – 2005 р. (Rozanski et al.), «Психокардіологія» (Psychocardiology) – 2007 р., (Jordan et al., 2007) і, нарешті, «Кардіопсихологія» (Cardiac Psychology) – 2012 р. (Allan).

Психічний статус хворих на кардіологічні захворювання характеризується специфічними властивостями, оскільки саме серцево-судинні захворювання несуть у собі особливий психосоматичний компонент. По-перше, велика кількість цих захворювань часто виникають через надмірне емоційне навантаження та стрес, тобто є психосоматозами в класичному розумінні цього терміну (есенціальна гіпертензія, стенокардія, ішемічна хвороба серця тощо). По-друге, незалежно від етіопатогенезу захворювання, вона завжди має у своїй структурі виражений психологічний компонент, як реакцію психіки на цю хворобу.

Для багатьох видів серцево-судинних захворювань характерні стани, які характеризуються тривожністю, агресивністю, замкненістю, зниженням фону настрою та самооцінки, зниженням якості

життя, тобто проявами психоемоційного стресу. Особливо гостро психологічні аспекти кардіологічних захворювань виступають у випадку необхідності проведення кардіохірургічного втручання. У медицині на теперішній час загальноприйнятною є думка, що більшості кардіологічних пацієнтів в якості додаткового лікування показана психотерапія в тому, чи іншому вигляді. Слід пам'ятати, що успіх лікування значною мірою залежить саме від стабільного емоційного стану і психологічного настрою пацієнта, від його впевненості в перемогу над хворобою. Саме тому дослідження психічного стану цього класу пацієнтів та їх психологічна підтримка є важливою та невід'ємною складовою ефективного лікування.

Розглянемо одне з першочергових питань кардіопсихології – оцінювання якості життя пацієнта та його змін внаслідок захворювання, а також його лікування.

### **Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36)**

MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form 36. Дана методика використовується для визначення неспецифічної якості життя, незалежно від статевих та вікових особливостей, а також від наявності захворювання.

Опитувальник розроблений у США John E. Ware та співавт. на основі масштабного дослідження наслідків захворювань (Medical Outcomes Study) і на теперішній час є найбільш розповсюдженим в клінічній практиці США та країн ЄС неспецифічним опитувальником якості життя. В результаті цього дослідження був сформований 40-факторний опитувальник, який складався зі 149 пунктів (149-item Functioning and well-being profile).

В конструкції шкал та сумарних вимірювань опитувальник MOS SF-36 має три рівні: 1 рівень – 36 питань; 2 рівень – 8 шкал та 3 рівень – 2 сумарних вимірювання, якими об'єднуються шкали. Опитувальник відображає загальне благополуччя та рівень задоволеності тими сторонами життєдіяльності індивідуума, які спричиняють вплив на стан здоров'я.

Визначення рівня якості життя проводилося за такими шкалами:

1. *Фізичне функціонування – Physical Functioning (PF)* – шкала, що оцінює фізичну активність та включає в себе самообслуговування,

ходьбу, підйом по сходах, підняття важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень. Даний показник відображає повсякденні фізичні навантаження і чим він вищий, тим більше фізичне навантаження, на думку обстежуваного, він може виконати. Низькі показники за даною шкалою, свідчать про те, що активність пацієнта значно обмежена станом здоров'я.

2. *Рольове фізичне функціонування – Role Physical (RP)* – шкала, яка розкриває роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, а саме характеризує ступінь обмеження в роботі та виконанні повсякденних обов'язків тими факторами, що пов'язані зі здоров'ям. Отже, низькі показники за даною шкалою вказують на те, що повсякденна діяльність значно обмежена станом здоров'я.

3. *Шкала болю – Bodily Pain (BP)* – вказує на інтенсивність болювого синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю, включаючи роботу по дому протягом останніх 4-х тижнів. Низькі показники даної шкали вказують на те, що біль значно перешкоджає фізичній активності хворого.

4. *Загальний стан здоров'я – General Health (GH)* – оцінює стан здоров'я в даний момент, перспективи лікування та наявність опору захворюванню. Так, високі показники свідчать про хороший стан здоров'я опитуваного.

5. *Шкала життєвої активності – Vitality (VT)* – показує рівень сил та енергії пацієнта. Низькі бали свідчать про втому та зниження рівня життєвої активності.

6. *Шкала соціального функціонування – Social Functioning (SF)* – розкриває задоволеність рівнем соціальної активності (спілкуванням із сім'єю, друзями, колегами) і відображає ступінь, при якому емоційний або фізичний стан цю активність обмежує.

7. *Рольове емоційне функціонування – Role Emotional (RE)* – показує вплив емоційного стану на виконання роботи або іншої повсякденної діяльності, включно зі збільшенням часу на виконання, зменшення об'єму та якості виконуваної роботи.

8. *Психологічне здоров'я – Mental Health (MH)* – характеризує настрій, наявність тривоги та депресії, вказує на загальний показник позитивних емоцій. Так, низькі показники даної шкали свідчать про

психологічне неблагополуччя: наявність депресивних та тривожних станів.

Максимальним значенням для всіх шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень стану здоров'я, є 100 балів. Отже, чим вищий показник по кожній із шкал, тим краща якість життя за даним параметром.

У подальшому вищезазначені шкали були згруповані у два загальні показники, що склали фізичний та психологічний компонент здоров'я: шкали PF, RP, BP, GH характеризують фізичний компонент здоров'я – Physical Health (PH), VT, SF, RE, MN – складові психологічного компоненту – Mental Health (MH).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Rozanski A., Blumenthal J. A., Davidson K. W., Saab P. G., Kubzansky L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J. Am. Coll. Cardiol.* 45, 637–651. 10.1016/j.jacc.2004.12.005
2. Allan R. (2012). The evolution of cardiac psychology, in *Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology*, eds Allan R., Fischer J. (Washington, DC: American Psychological Association; ), 3–13.
3. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32(4):40-66.
4. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992; 30(6):473-83.
5. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.



## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Післяпологові психічні розлади, особливо післяпологова депресія, є досить поширеним явищем. Майже 80 % матерів відчують нестійкий дисфоричний настрій (так званий «baby blues» – «дитяча туга») після народження дитини. Симптоми «baby blues» включають плаксивість, швидкі полярні зміни настрою, головний біль, дратівливість, періодичну втрату апетиту та розлади сну. Цей стан досягає максимального ступеня на 3–5 день після пологів, але вважається фізіологічним та минулим станом і не потребує ніякого лікування, окрім підтримки зі сторони сім'ї та лікаря.

Разом з тим, приблизно у 10–20 % жінок розвивається патологічний стан, який відповідає діагностичним критеріям післяпологової депресії.

Взагалі ризик розвитку депресії у жінки протягом першого місяця після народження дитини є в три рази вищим, ніж у інших жінок відповідного віку. Якщо мати страждала від депресії перед вагітністю, то ризик розвитку післяпологової депресії становить 25 %, а якщо мати страждала від післяпологової депресії раніше, то ризик її повторного виникнення зростає до 40 %. Серед інших факторів підвищеного ризику виникнення післяпологових психічних розладів слід назвати наступні:

- Перші пологи.
- Кесарів розтин.
- Сімейний анамнез афективних розладів.
- «Baby blues» в перші 3–5 днів після пологів.
- Складнощі у стосунках у родині та на роботі.
- Народження поза шлюбом.
- Недостатня соціальна підтримка.
- Негативні життєві події протягом вагітності.

■ Початок післяпологового психозу необхідно діагностувати якомога раніше. Слід підкреслити, що частота післяпологового психозу, який потребує стаціонарного лікування, складає приблизно 1–2 на 1000 пологів.

Після пологів досить поширеним є розвиток дисфункції щито-подібної залози, тому при дослідженні походження депресивних симптомів вона має бути виключена.

Відповідно до МКХ-10 післяпологові психічні розлади класифікуються в рубриці F53 «Розлади психіки та поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом, не класифіковані в інших рубриках», яка включає тільки психічні розлади, пов'язані з післяпологовим періодом (що виникли протягом 6 тижнів після пологів), які не відповідають критеріям, які застосовуються до психічних розладів, класифікованих в будь-яких інших рубриках МКХ-10. Класифікація виділяє легкі розлади психіки та поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом (F53.0) та тяжкі розлади психіки та поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом (F53.0).

Типовими симптомами післяпологової депресії є порушення сну, ангедонія, порушення концентрації уваги, відчуття власної неадекватності, надмірне занепокоєння та побоювання за немовля. Симптоми можуть бути настільки ж тяжкими, як і у випадку психозу. Депресивна симптоматика впливає на здатність піклуватися про немовля та може поставити під загрозу розвиток нормальних стосунків між матір'ю та дитиною. Крім того, післяпологова депресія збільшує ризик розвитку психічних розладів у дитини. Частота виникнення синдрому раптової дитячої смертності є вищою у дітей матерів з постнатальною депресією, ніж у інших дітей.

Для проведення кринінгу післяпологової депресії лікарі загальної практики-сімейної медицини можуть використовувати Единбурзьку шкалу постнатальної депресії (використання рекомендовано Настановою 00726 «Післяпологовий психоз та інші післяпологові психічні розлади», затвердженою наказом МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р.).

Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – це клінічна скринінгова ме-

тодика, представлена у вигляді опитувальника для самостійного проходження. Шкала призначена для виявлення депресивних розладів у передпологовому та післяпологовому періодах. Методика проста, заповнюється пацієнткою самостійно, час заповнення становить близько 5–6 хвилин. Чутливість методики становить 86 %, специфічність – 85,4 %. Відмінною особливістю Edinburgh Postnatal Depression Scale є відсутність в опитувальнику діагностики соматичних симптомів депресії, що при різних умовах може бути як позитивною, так і негативною особливістю.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Настанова 00726. Післяпологовий психоз та інші післяпологові психічні розлади. Режим доступу: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3519>
2. The Royal College of Psychiatrists. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Депресія досить поширена серед людей похилого віку, які звертаються за медичною консультацією, кількість таких пацієнтів досягає 17–30 %. Розповсюдженість депресії у літніх жінок є вдвічі вищою, ніж у чоловіків. Загальна розповсюдженість тяжкої депресії серед людей похилого віку становить 1–4 %, а серед осіб похилого віку, які отримують стаціонарну медичну допомогу, тяжкі форми депресії складають 10–12 %.

Приблизно 15–20 % депресивних розладів у осіб похилого віку мають психотичний характер. Депресія є багатофакторним, клінічно гетерогенним захворюванням з декількома етіологічними факторами. Важливу роль відіграють спадковість, фактори навколишнього середовища та анамнез захворювання, а також соматичні захворювання (хвороба Паркінсона, інсульти, серцево-судинні захворювання, синдром хронічного болю тощо). Старіння пов'язане зі зниженням функціональних можливостей, органічними порушеннями з боку голоного мозку та слабкістю. Слід пам'ятати, що виникнення першого депресивного епізоду у похилому віці може бути провісником деменції.

Симптоми старечої деменції різноманітні і часто перехреснюються з симптомами соматичних захворювань, тому їх досить тяжко розпізнати як ознаки депресії. Основними симптомами є пригніченість, що триває більше 2-х тижнів, втрата інтересу або задоволення від звичних щоденних дій, зниження апетиту, втома, зниження життєвої енергії та відчай. Такі симптоми, як апатія та знижена мотивація, можуть нагадувати симптоми захворювань, пов'язаних з дебіютом деменції. Звертають на себе увагу труднощі під час виконання щоденних дій, брак ініціативи та відсутність мотивації, особливо зранку, безрадісність, дратівливість, плаксивість, тривожність, песимізм, відчуття нікчемності, самозвинувачення, суїцидальні думки, самотність, поява страхів та залежність від інших людей.

Розлад настрою рідко сприймається пацієнтом як першочергова проблема, внаслідок чого він може не усвідомлювати власної депресії. Крім того, депресія може маскуватись фізичними відчуттями: різними видами болю, втратою апетиту, втратою ваги та втомою. Найпоширенішою формою порушень сну є раннє прокидання, також характерні труднощі з засинанням, особливо, якщо депресія супроводжується підвищеною тривогою. У випадку депресії психотичного рівня до всіх симптомів у пацієнта може додаватися марення, яке здебільшого пов'язане з функціонуванням його власного тіла або є вираженням безпричинного відчуття провини.

Також можливе включення в депресивний розлад слухових галюцинацій, які зазвичай носять зневажливий, звинувачувальний та вкрадливий характер, та можуть супроводжуватися значним порушенням психомоторних функцій та навіть ступором.

Одним із найпоширеніших тестів для скринінгу депресії у літніх людей є Геріатрична скринінгова шкала депресії (GDS). Разом з цим, слід зазначити, що Геріатричні скринінгові шкали депресії (GDS-15 чи GDS-30) призначені тільки для діагностики старечої депресії і не можуть бути використані для діагностики депресії у хворих на деменцію. З цієї метою слід використовувати специфічні оціночні шкали: Корнельська шкала депресії при деменції (CSDD), Сумісне дослідження хвороби Альцгеймера – Клінічне глобальне уявлення змін (ADCS-CGIC) та ін.

Корнельська шкала депресії при деменції (CSDD) призначена для оцінки депресії у літніх людей з деменцією, які можуть принаймні задовольняти свої основні потреби. CSDD розрізняє ступінь тяжкості депресії. Депресивні симптоми пропонуються загальною оцінкою 8 або більше. При цьому результат повинен базуватися на симптомах та ознаках, що виникають протягом тижня до обстеження та не є наслідками фізичної непрацездатності чи соматичної хвороби.

Тепер розглянемо деякі особливості діагностики деменції у літніх пацієнтів. Діагностичні критерії деменції в Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду викладені у блоці L2-6D8 шостого розділу, де зазначено, що деменція є набутим мозковим синдромом,

що характеризується зниженням від попереднього рівня когнітивного функціонування з порушеннями в двох або більше пізнавальних ділянках (пам'ять, виконавчі функції, увага, мовлення, соціальне пізнання і судження, швидкість психомоторної, візуально-персональної або візуально-просторової орієнтаційних здібностей). Когнітивні порушення не повністю пов'язані з нормальним старінням і значно перешкоджають самостійності в повсякденній діяльності людини. Але в МКХ-11 також присутнє важливе зауваження, яке категорично відрізняє використання діагнозу «Деменція» від МКХ-10: «Ця категорія ніколи не повинна використовуватися в первинному табулюванні. Коди призначені для використання в якості додаткових, коли бажано визначити наявність деменції при хворобах, класифікованих в інших місцях».

Відповідно до діагностичних критеріїв, викладених у міжнародних клінічних протоколах компанії Duodecim Medical Publications Ltd, впроваджених наказом МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., ключовими критеріями є наступні:

*Для деменції при хворобі Альцгеймера:*

1. Значні епізодичні порушення пам'яті.
2. Поступове погіршення, що триває більше 6 місяців.
3. Порушення пам'яті спостерігається також у разі проведення тестування (MMSE, CERAD, нейропсихологічне дослідження).
4. Погіршення пам'яті може бути єдиним когнітивним симптомом або асоціюватися з іншими когнітивними симптомами (проблема з прийняттям рішень, афазія, агнозія та/або апраксія).

Серед найпопулярніших методик (рекомендованих Британським національним інститутом здоров'я і догляду (NICE) у 2018 р.) для діагностики деменції слід назвати 10-крапковий когнітивний скрінер (10-CS), 6-пунктний тест когнітивних порушень (6CIT), Скрінер порушень пам'яті (MIS), тест «Міні-Ког» (Mini-Cog), «Тест твоєї пам'яті» (TYM), а також Інформаційний опитувальник когнітивного зниження у літніх людей (IQCODE) чи Опитувальник функціональної діяльності (FAQ).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17:37–49.
2. Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271–84.
3. Настанова 00470 «Оцінка функціонального стану в осіб похилого віку», затверджена наказом МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р. [Електронний документ]. Режим доступу: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00470&format=pdf>
4. Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–1454.

## ТЕМА 8

### ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, ТАНАТОЛОГІЇ ТА ЕВТАНАЗІЇ

---

#### *Еталон практичної навички № 8.1*

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

#### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

Експериментально-психологічні методики, створені для діагностики суїцидальної поведінки або іншої поведінки, тісно пов'язаної з суїцидальним ризиком, можливо структурувати в межах наступних напрямків дослідження психологічних феноменів та процесів, які вони вивчають:

- 1 – вивчення суїцидальних думок та поведінки;
- 2 – вивчення летального ризику суїцидальної поведінки;
- 3 – скринінгові експрес-методики суїцидальної поведінки;
- 4 – вивчення життєвих причин суїцидальної поведінки;
- 5 – виявлення відчуття відчаю та безнадійності;
- 6 – вивчення ставлення до самогубства;
- 7 – вивчення розвитку.

Відсутність послідовних визначень суїцидальної поведінки в дослідженнях призвело до плутанини в галузі суїцидології. У 1973 році робоча група National Institute of Mental Health (NIMH, USA) під головуванням Aaron T. Beck розробила схему класифікації суїцидальної поведінки. Відповідно до цієї класифікаційної схеми суїцидальні явища описуються як *завершені самогубства, спроби самогубства або суїцидальні думки*.

Намагаючись розширити цю номенклатуру та покращити комунікацію в цій галузі, O'Carroll та співавтори (1996) надали визначення загальновживаних термінів у дослідженнях самогубств:



«**Самогубство** (суїцид) або **завершене самогубство** (завершений суїцид) визначається як смерть від поранення, отруєння чи задухи, якщо є докази (явні або неявні), що поранення було заподіяно самому собі та що померлий мав намір вбити себе».

«**Спроба самогубства** (суїцидальна спроба) визначається як потенційна поведінка, яка може заподіяти собі ушкодження з нелетальним результатом, для якої є докази того, що особа мала намір на деякому (ненульовому) рівні вбити себе».

«**Суїцидальні думки** (суїцидальні думки) відносяться до будь-яких думок про суїцидальну поведінку, про які повідомляють самі пацієнти».

Ці визначення корисні, оскільки інструменти в цьому огляді можуть оцінювати, наскільки тісно конкретні елементи відповідають визначенням, запропонованим O'Carroll та ін. (1996). Враховуючи ці визначення, David Goldston (2000) сформулював ряд стандартних питань, корисних для оцінки самогубства:

1) Чи зосереджені спеціально питання щодо суїцидальних думок на думках про бажання вбити себе, замість того, щоб бути настільки всеохоплюючими, щоб включати думки про смерть або думки про бажання померти, не вказуючи на намір вбити себе?

*Думки про смерть або бажання померти без конкретних думок про самогубство не слід вважати суїцидальними думками.*

2) Чи змішуються елементи для виявлення наявності/відсутності спроб суїциду з клінічними характеристиками спроби (наприклад, ступінь впевненості, наміри або медична летальність)?

*Питання щодо клінічних характеристик суїцидальних спроб слід розглядати окремо від питань, що стосуються виникнення суїцидальних спроб.*

3) Чи пов'язані епізоди саомушкодження з якимось «ненульовим» наміром самогубства?

*Навмисна поведінка саомушкодження повинна бути пов'язана з принаймні деяким «ненульовим» наміром вбити себе, який, в такому випадку, слід визначити як спробу самогубства.*

4) Чи пов'язуються елементи виявлення спроби самогубства з відповідями на питання про те, чи призвела така поведінка до ідентифікованих травм чи потребувала медичної допомоги?

*За визначенням, спроба самогубства – це потенційно заподіяне собі ушкодження з нелетальним результатом. Для того, щоб поведінка була класифікована як спроба самогубства, не обов'язково настання тяжкої травми.*

Розглянемо деякі стандартизовані експериментально-психологічні методики, які використовуються в діагностиці суїцидальної поведінки.

**Modified Scale for Suicide Ideation** (MSSI; Miller, Norman, Bishop, & Dow, 1986) – «Модифікована шкала суїцидних ідей» є переглянutoю версією більш старої «Шкали суїцидних ідей» (SSI; Beck et al., 1979). MSSI – це шкала з 18 пунктів, яка містить 13 пунктів зі шкали SSI та 5 додаткових пунктів. Ці додаткові пункти пов'язані з інтенсивністю суїцидальних ідей, рішучістю та здібністю до суїцидальних спроб, а також схильністю говорити та писати про смерть. MSSI було розроблено як напівструктуроване інтерв'ю, яке могло б бути використане як лікарями чи психологами, так і допоміжним персоналом.

MSSI оцінює симптоми суїциду за останній рік. Перші 4 пункти були визначені як питання для перевірки та ідентифікації особи, чії думки про самогубство є досить серйозними, щоб аналізувати в подальшому всі інші пункти шкали. Кожен елемент оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів, і оцінки підсумовуються, щоб отримати загальний бал за всією шкалою від 0 до 54. Проведення обстеження з використанням MSSI займає приблизно 10 хвилин.

Верифікація ефективності MSSI проводилась на вибірках дорослих пацієнтів у психіатричних стаціонарах, студентів коледжу, а також на вибірці підлітків. Було встановлено, що MSSI складається з двох-трьох факторів. Одне дослідження зі студентами коледжу виявило три фактори: суїцидальне бажання (9 пунктів), підготовка до спроби (6 пунктів) і передбачувана здатність до спроби (3 пункти). MSSI має високу внутрішню консистентність з альфа-коефіцієнтами Кронбаха в діапазоні від 0,87 до 0,94 і хорошими кореляціями між елементами (0,41 до 0,83). MSSI також має достатню надійність повторного тестування ( $r = 0,65$ ) протягом двотижневого періоду. MSSI має помірно високу кореляцію з шкалою SSI ( $r = 0,74$ ) і помірну

кореляцію з шкалою BDI ( $r = 0,34$ ), шкалою депресії Зунга ( $r = 0,45$ ) та шкалою безнадійності Бека ( $r = 0,46$ ).

***Suicidal Affect Behavior Cognition Scale*** (SABCS; Harris K. M. et al., 2015) – «Шкала суїцидальних афекту-поведінки-пізнання» розроблена з метою швидкого скринінгового оцінювання афективного стану суворо на теперішній час стосовно прогнозування суїцидальних дій. Шкала конструктивно заснована одночасно на класичній теорії тестів та на теорії відкритих ознак і характеризується високим рівнем надійності та внутрішньої узгодженості. Авторами методики було використано кілька понять, які можна розцінити як прояви «афекту смерті» або самогубства. Вони включають «бажання жити» (WTL) і «бажання померти» (WTD), які Kovacs and Beck назвали «мотиваційним виміром», емоціями та пасивними ідеями. WTL і WTD описують афективну характеристику суїцидальності, а також те, що багато теоретиків вважають ключовою складовою суїцидальних розумів, а саме – амбівалентність життя і смерті. Крім того, в тест включена складова, яка дає можливість оцінювати інтенсивний когнітивний аспект внутрішньої боротьби життя і смерті, що забезпечує підтримку теорій самогубства та оцінки і підкреслює важливість життєвого досвіду самогубства. Розроблена авторами «Модель суїцидального барометра» охоплює поточний особистий дистрес і передбачення майбутніх страждань і поведінки пацієнта.

Тест містить 6 запитань з шкалою Лайкерта з 6 ступенями свободи, відповіді на яку оцінюються від «0» до «5» балів. Шкала використовує для оцінювання три фактори: суїцидального ризику суїцидальний афект, суїцидальну поведінку та пошук пацієнтом інформації на суїцидальну тему.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Miller, W., Norman, W. H., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1986). The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 724-725.
2. MacDonald, D. K., (2015), "The Suicidal Affect-Behavior-Cognition Scale (SABCS)", retrieved on April 21, 2022 from <http://dustinkmacdonald.com/the-suicidal-affect-behavior-cognition-scale-sabcs/>.
3. Keith M. Harris, Jia-Jia Syu, Owen D. Lello, Y. L. Eileen Chew, Christopher H. Willcox, and Roger H. M. Ho. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations // *PLoS One*. 2015; 10(6): e0127442. Published online 2015 Jun doi: 10.1371/journal.pone.0127442

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ХІМІЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Розлади, які виникають внаслідок вживання психоактивних речовин та аддиктивної поведінки, – це розлади психіки та поведінки, які викликані вживанням переважно психоактивних речовин, включаючи ліки, чи внаслідок певних форм поведінки, які повторюються, заохочуються та підкріплюються. В сучасній Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду (МКХ-11) аддиктивна поведінка, пов'язана з вживанням психоактивних речовин, класифікується у рубриці **«6C4. Disorders due to substance use»** (Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин), яка, в свою чергу, включена до розділу **«Disorders due to substance use or addictive behaviours»** (Порушення внаслідок вживання психоактивних речовин або аддиктивної поведінки).

Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин включають поодинокі епізоди вживання шкідливих речовин, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (вживання шкідливих речовин та залежність від психоактивних речовин) та розлади, які виникають внаслідок вживання психоактивних речовин (інтоксикація, абстиненція, психічні порушення, сексуальні дисфункції та порушення сну – неспанья).

**Залежність від вживання психоактивної речовини (6C4x.2)**, згідно з визначенням МКХ-11, – це порушення регуляції вживання психоактивної речовини, що виникає внаслідок багаторазового або тривалого вживання її чи споріднених препаратів. Характерними рисами є сильний внутрішній потяг до вживання психоактивної речовини, що проявляється у погіршенні здатності контролювати вживання її або споріднених препаратів, підвищенням пріоритету вживання над іншими видами діяльності та продовженням вживання, не зважаючи на шкоду чи негативні наслідки.

Ці переживання часто супроводжуються суб'єктивним відчуттям потягу чи бажання вживати психоактивну речовину або споріднені препарати. Також можуть бути присутніми фізіологічні особливості залежності, включаючи зміни толерантності до впливу, симптоми відміни після припинення або зменшення вживання речовини, або повторне вживання психоактивної речовини або фармакологічно подібних речовин для запобігання або полегшення симптомів відміни.

Особливості залежності проявляються зазвичай протягом щонайменше 12 місяців, але діагноз можна поставити, якщо вживання безперервне (щодня або майже щодня) протягом щонайменше 3 місяців.

МКХ-11 дає можливість класифікувати та виставити діагноз залежності від вживання будь-якої психоактивної речовини, а саме:

6C40.2 Залежність внаслідок вживання алкоголю

6C41.2 Залежність внаслідок використання канабісу

6C42.2 Залежність внаслідок використання синтетичних канабіноїдів

6C43.2 Залежність внаслідок застосування опіоїдів

6C44.2 Залежність внаслідок застосування седативних засобів, снодійних засобів або анксіолітиків

6C45.2 Залежність внаслідок використання кокаїну

6C46.2 Залежність внаслідок використання стимуляторів, включаючи амфетаміни, метамфетамін або меткатіон

6C47.2 Залежність внаслідок використання синтетичних катіонів

6C48.2 Залежність внаслідок використання кофеїну

6C49 Залежність внаслідок використання галюциногенів

6C4A.2 Залежність внаслідок використання нікотину

6C4B.2 Залежність внаслідок використання легких інгаляторів

6C4C.2 Залежність внаслідок використання МДМА або споріднених препаратів, включаючи МДА

6C4D.2 Залежність внаслідок використання дисоціативних препаратів, включаючи кетамін і фенциклідін (PCP)

6C4E.2 Залежність внаслідок використання інших специфічних психоактивних речовин, включаючи медикаменти

6C4F.2 Залежність внаслідок використання декількох зазначених психоактивних речовин, включаючи медикаменти

6C4G.2 Залежність через використання невідомих або невстановлених психоактивних речовин

6C4H.2 Залежність внаслідок використання непсихоактивних речовин

В процесі діагностики залежної поведінки, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин використовуються експериментально-психологічні методики, спрямовані як на вивчення особистісних характеристик схильності до хімічних аддикцій, так і клінічні скринінгові шкали, спрямовані на виявлення основних симптомів синдрому залежності. Розглянемо деякі з них.

**Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)** Selzer (1971) – «Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм», вже п'ять десятиліть ефективно використовувався в закладах первинної медико-санітарної допомоги для виявлення пацієнтів з алкогольною аддикцією. 25 запитань, включених до MAST, цікавляться вживанням алкоголю, його соціальними та професійними наслідками, а також попередніми спробами пацієнтів лікуватися від алкоголю. Оригінальна робота з MAST виявила чутливість 98 % і специфічність 95 % з граничним балом 5 для виявлення зловживання алкоголем або залежності у вибірці первинної допомоги.

Формулювання пунктів опитувальника змінилося з часів першої публікації MAST. Наразі існує дві версії тесту – оригінальна, з 25 пунктами (Selzer, 1971), та модифікована анкета з 24 пунктів (Selzer et al., 1975).

Під час оцінки відповідей на тест MAST бали призначаються залежно від того, чи була відповідь на питання позитивною, чи негативною, при чому це робиться відповідно до стандартного «ключа»: для пунктів 1, 4, 6 і 7 негативні відповіді відповідають алкогольній залежності; для пунктів 2, 3, 5 і 9–25 узгоджуються з алкогольною залежністю, навпаки, позитивні відповіді. Шкала присвоює кожному з пунктів оцінку від 1 до 5 балів за шкалою Лайкерта, при цьому оцінка 5 вважається вказівкою на алкогольну залежність. Крім того,

«алкогольна відповідь» на питання 8, 19 або 20 вважаються діагностичними і оцінюються в п'ять балів. Загальний бал обчислюється як сума значень пунктів та може коливатися від 0 до 53 балів.

Крім цієї стандартизованої психодіагностичної методики існує та використовується в клінічній практиці ще й укорочений варіант MAST – ***Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)*** – «Короткий скринінговий тест на алкоголізм у штаті Мічиган», який складається із 10 пунктів. Разом з цим, він має чутливість тільки 48 %, хоча специфічність методики і складає 95 % для виявлення поточних розладів або розладів протягом усього життя.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022). <https://icd.who.int/en>
2. PAR Staff (2021). Administration and Scoring of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) [technical supplement]. PAR.
3. Selzer ML: The Michigan Alcoholism Screening test (MAST): the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry 3:176-181, 1975.



## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ІГРОВОЮ АДДИКЦІЄЮ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

В міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду (МКХ-11) інтернет-залежність та геймблінг віднесені до групи розладів, викликаних аддиктивною поведінкою (6C5. Disorders due to addictive behaviours). Це розпізнавальні та клінічно значущі синдроми, пов'язані з дистресом або втручанням у особисті функції, які розвиваються в результаті повторюваної поведінки, крім вживання речовин, що викликають залежність. При цьому модель поведінки повинна бути достатньо серйозною, щоб спричинити значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Розлади, спричинені аддиктивною поведінкою, включають, в першу чергу, розлад, пов'язаний із азартними іграми (6C50 Gambling Disorder) та ігровий розлад (6C51 Gaming Disorder), які можуть включати як онлайн, так і офлайн поведінку. Інші види нехімічних залежностей віднесені в цій класифікації до категорії «Інші уточнені розлади, спричинені аддиктивною поведінкою» (6C7Y Other Specified Disorders Due to Addictive Behaviours).

Таким чином, в МКХ-11 на теперішній час в якості психічних розладів включені наступні види аддиктивної поведінки:

6C50 Розлад азартних ігор

*6C50.1 Розлад азартних ігор, переважно онлайн*

*6C50.0 Розлад азартних ігор, переважно офлайн*

6C51 Ігровий розлад

*6C51.0 Ігровий розлад, переважно онлайн*

*6C51.1 Ігровий розлад, переважно в автономному режимі*

6C7Y Інші уточнені розлади, спричинені залежною поведінкою

Будь-який з вищенаведених станів характеризується симптомами, які мають спільні основні клінічні ознаки з іншими розладами,

спричиненими залежною поведінкою, включаючи стійку модель повторюваної поведінки, при якій індивід проявляє порушення контролю над поведінкою (наприклад, початок, частота, інтенсивність, тривалість, припинення, контекст).

Обов'язковою клінічною ознакою також є збільшення пріоритету поведінки до такої міри, що вона має перевагу над іншими життєвими інтересами та повсякденною діяльністю. Повинно бути продовження або ескалація поведінки, незважаючи на негативні наслідки (наприклад, сімейний конфлікт, погана успішність у навчанні, негативний вплив на здоров'я). Модель повторюваної поведінки може бути безперервною або епізодичною і повторюваною, але повинна проявлятися протягом тривалого періоду часу (не менше 12 місяців). Виявлені симптоми не повинні пояснюватися іншим психічним, поведінковим або нервово-розвитковим розладом (наприклад, розладом аутичного спектру, obsесивно-компульсивним або пов'язаним із ним розладом, розладом годування або харчової поведінки), не повинні бути проявом іншого соматичного розладу, стану і не повинні бути зумовленими впливом речовини або ліків на центральну нервову систему, включаючи ефект відміни.

Вказані види психічних розладів відносяться саме до тих видів психічної патології, діагностика яких без застосування методів медичної психології є вкрай тяжкою та неточною. Експериментально-психологічні методи в цих випадках дають можливість значно більш чітко структурувати психопатологічні симптоми та визначити їх виразність. Як приклади розглянемо декілька найбільш популярних в клінічній практиці діагностичних шкал, які використовуються з метою медико-психологічної діагностики.

*Game Addiction Scale (GAS)* Lemmens et al. (2009) – «Шкала ігрової залежності», спрямована на діагностику інтернет-геймінгу (Internet gaming disorder – IGD). Вона має довгу версію з 21 елементом і коротку версію з 7 елементами. Шкала ігрової залежності 21 (GAS 21) складається з 21 елемента, які спрямовані на виявлення семи вимірів (по 3 пункти шкали на кожен): виразність, толерантність, зміна настрою, рецидив, відмова, конфлікти і проблеми. Відповіді на-

даються за 5-бальною шкалою Лайкерта від 1 (ніколи) до 5 (дуже часто), причому найвищі суми балів відображають більш проблематичну поведінку в іграх, що викликають залежність.

Шкала ігрової залежності 7 (GAS 7) відрізняється від GAS 21, в першу чергу, тим, що на кожен із семи вимірів відведено не 3, а тільки 1 пункт шкали, який відповідає діагностичному критерію аддикції за DSM-5 (позначений в лапках): виразність (заклопотаність тривалістю гри), толерантність (толерантність), зміна настрою (втеча від реальності), рецидив (невдалі спроби зменшити або припинити гру), утримання від ігор (утримання), конфлікт (обман інших і брехня), проблеми (втрата інтересів).

**Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS-SF9)** Pontes and Griffiths (2015) – «Шкала розладу інтернет-ігор – коротка форма» спрямована на діагностику ігрового розладу. GDS-SF9 містить дев'ять елементів, які відповідають критеріям геймінгу, описаним в північноамериканській класифікації хвороб DSM-5: заклопотаність грою в Інтернеті/цифровими іграми; виникнення симптомів, коли інтернет-ігри недоступні; збільшення часу, який витрачається на ігри; рецидив ігрової поведінки після невдалих спроб кинути грати; втрата інтересу до інших попередніх хобі/розваг, за винятком онлайн-гри; постійне та надмірне використання онлайн-ігор, не зважаючи на визнання психосоціальних проблем, які вона викликає; обман родичів, терапевтів або інших людей про кількість часу, проведеного в іграх; використання онлайн-гри для втечі або пом'якшення негативних емоцій; втрата значної міжособистісної взаємодії стосунків, значні проблеми у роботі та освітніх чи професійних можливостях в результаті участі в інтернет-іграх.

Для всіх пунктів використовується п'ятибальна шкала Лайкерта від 1 (ніколи) до 5 (дуже часто), а вища оцінка вказує на більш високу ймовірність геймінгу.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи), бланки експериментально-психологічних методик.

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг висновків психологічного дослідження.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., and Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychol.* 12, 77–95. doi: 10.1080/15213260802669458
2. Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137–143. doi:10.1016/j.chb.2014.12.006

## ТЕМА 9

### ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

---

#### *Еталон практичної навички № 9.1*

### **ВИБІР ВИДУ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ЇЇ ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ПРИ РОЗЛАДАХ, АСОЦІЙОВАНИХ З ПЕРЕНЕСЕНОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ**

#### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Вибір психотерапії здійснюється на початку взаємодії лікаря з пацієнтом у процесі першого етапу.

Приймаючи до уваги сучасні дані провідних науково-дослідних установ, викладені в мета-аналізах, порівняльні дослідження психотерапевтичних втручань при розладах, пов'язаних з психічною травмою, в якості провідного напрямку терапевтичної тактики рекомендується використовувати травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову психотерапію, яка призводить до значної редукції основних симптомів, але не має побічних ефектів, зазвичай властивих психофармакотерапії.

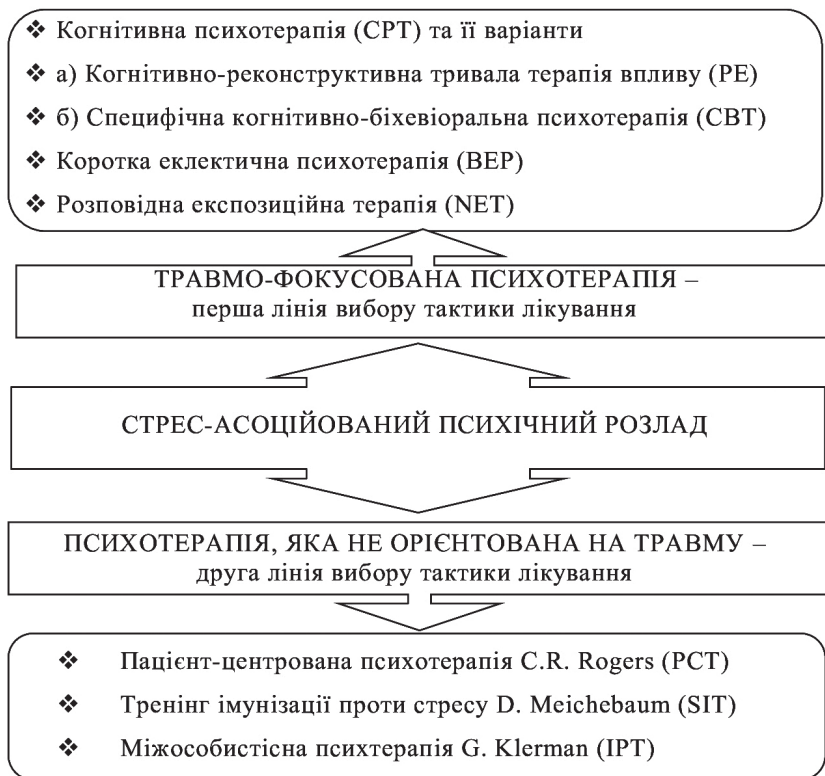
Психотерапевтичні методи слід розрізняти за підходами, формами, методами лікування наслідків травми і травматичного досвіду.

Для лікування рекомендовані такі види психотерапії, відповідно до черговості застосування (перша та друга лінія вибору, відповідно) (рис. 2), що сприяють:

а) експозиції травми (багаторазова репродукція травматичного досвіду у поєднанні з «експозицією *in vivo*», емоційною обробкою травматичного досвіду) – когнітивно-реконструктивна пролонгована експозиція;

б) когнітивній реструктуризації травми (сократичний діалог задля усвідомлення та корекції суб'єктивних негативних емоцій, суджень, переконань внаслідок травми, наприклад, таких, як ауто-

агресивна поведінка, недовіра тощо) – когнітивна психотерапія та травма-фокусована когнітивно-поведінкова психотерапія;



**Рисунок 2. Схема можливих напрямків психотерапевтичного впливу при наданні допомоги пацієнтам з розладами, асоційованими з психічною травмою.**

в) когнітивній реструктуризації сенсу та інтеграції травматичного досвіду в минуле з формуванням відчуття контролю над травмою (уявне враження, письмові наративні процеси, методи релаксації та метафоричного закриття ритуалів) – коротка еклектична психотерапія (психодинамічний підхід);

г) інтеграції у життя та пошуку сенсу травматичного досвіду (структурований процес усного опису життя, вражень при числен-

них травматичних переживаннях протягом усього життя) – наративна експозиційна терапія.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи).

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність вибору виду психотерапії та напрямків психотерапевтичного втручання.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. 2017. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf>
2. D. J. Lee, C. W. Schnitzlein, J. P. Wolf, M. Vythilingam, A. M. Rasmusson, C. W. Hoge. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress. Anxiety*. 2016; 33(9): 792–806.
3. B. V. Watts, P. P. Schnurr, L. Mayo, Y. Young-Xu, W. B. Weeks, M. J. Friedman. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2013; 74(6): P. 541–550.
4. Schnurr P. P. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*. 2017; 14: 56–60.

## **Еталон практичної навички № 9.2**

### **АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ, АСОЦІЙОВАНИХ З ПЕРЕНЕСЕНОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ**

#### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

##### **I етап – адаптаційний**

а) психоед'юкація з питань наслідків травми, травматичного досвіду;

б) формування терапевтичного альянсу:

- використання технік залучення пацієнта у психотерапевтичний процес;
- допомога в отриманні консультацій з юридичних, соціальних тощо питань;
- визначення, обговорення, оптимізація очікувань від терапії, а також моделі взаємодій (контрактна, керівництво, партнерство);

в) психодіагностична (психометрична) емпірична оцінка наслідків травми, травматичного досвіду зокрема з визначенням потреб, ресурсів, резервів психіки, а також дезактуалізація емоційних реакцій, переживань, які потенційно перешкоджатимуть психотерапії;

г) підвищення рівня комплайенсу (комплаєнс-терапія, мотиваційний тренінг);

д) формування безпечного терапевтичного середовища.

##### **II етап – інтенсивних психотерапевтичних втручань**

а) безпосередня робота з травматичним досвідом;

б) моніторинг динаміки стану пацієнта в процесі психотерапії.

##### **III етап – підтримуючої терапії**

а) закріплення отриманих в ході попередніх етапів навичок;

б) рефлексія підвищених рівнів психічної, психологічної, соціально-трудової адаптації через навчання та відпрацювання індивідуалізованого для пацієнта комплексу психотерапевтичних прийомів.

##### **IV етап – заключний**

а) спільні з пацієнтом уточнення та аналіз психічних, психологічних, соціальних тощо надбань в процесі психотерапії;



б) об'єктивізація динаміки позитивного впливу психотерапії.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи).

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг психотерапевтичного втручання.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., Macy, R., Osofsky, H., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P. Skills for psychological recovery. Field Operations Guide. 2010 (National Center for PTSD and National Child Traumatic Stress Network): 170.
2. J. C. Markowitz, E. Petkova, T. Biyanova, K. Ding, E.J. Suh, Y. Neria. Exploring personality diagnosis stability following acute psychotherapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depress. Anxiety*. 2015; 32(12): 919–926.
3. J. C. Markowitz, E. Petkova, Y. Neria. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* – 2015;172(5): 430–440.
4. J. I. Bisson, N. P. Roberts, M. Andrew, R. Cooper, C. Lewis. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (12):CD003388.
5. D. T. Castillo, C. L. Chee, E. Nason. Group-delivered cognitive/exposure therapy for PTSD in women veterans: A randomized controlled trial. *Psychol Trauma*. 2016;8(3): 404–412.
6. K. Cusack, D. E. Jonas, C. A. Forneris. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev*. 2016;43: 128–141.
7. D. M. Sloan, B. A. Feinstein, M. W. Gallagher, J. G. Beck, T. M. Keane. Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013; 5(2): 176.
8. P. A. Resick, J. S. Wachen, J. Mintz. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *J. Consult. Clin. Psychol*. 2015; 83(6): 1058–68.

## **МІЖОСОБИСТІСНА ПСИХОТЕРАПІЯ (ІРТ)**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Міжособистісна психотерапія (ІРТ) включає в себе вдосконалення міжособистісних та внутрішньоособистісних комунікативних навичок, відносин, а також розробка мережі соціальної підтримки, у сукупності з формуванням реалістичних сподівань щодо подолання криз («міжособистісних штормів»).

ІПТ – це обмежене в часі (12–16 тижнів) лікування з трьома фазами: початок (1–3 сеанси), середина та кінець (3 сеанси).

Початкова фаза вимагає від терапевта визначення цільового діагнозу і міжособистісного контексту, в якому він представлений. Терапевт також готує «міжособистісний інвентар», огляд моделей у стосунках пацієнта, здатності до близькості і, зокрема, оцінку поточних стосунків.

Фокус лікування витікає з наступного: хтось важливий, можливо, помер (ускладнена тяжка втрата), може виникнути боротьба зі значною іншою особою (рольова суперечка), або пацієнт міг пережити якусь іншу важливу зміну життя (перехід ролі).

Терапевт пов'язує цільовий діагноз з міжособистісним фокусом (наприклад): «Як ми вже обговорювали, ви страждаєте від депресії, яка є виліковною хворобою, а не виникла за вашою виною. З того, що ви мені сказали, ваша депресія здається пов'язаною з тим, що відбувається у вашому житті прямо зараз. Ви перестали спати та їсти і почали відчувати депресію після смерті вашої матері, і вам було важко змиритися з цією жахливою втратою. Ми називаємо цю складну тяжку втрату, яка є поширеною формою, яку можна вилікувати, депресією. Я пропоную нам витратити наступні 12 тижнів на те, щоб допомогти впоратися з цією втратою. Якщо ви зможете вирішити цю міжособистісну проблему, не тільки ваше життя стане кращим, але і ваш настрій також покращиться».

Ця формула визначає решту терапії. Зв'язок між настроєм і життєвими подіями практичний, а не етіологічний: немає жодного при-

воду, що саме «викликає» депресію. За згодою пацієнта на цю терапію, фокус лікування переходить у середню фазу.

Інші аспекти початкової фази включають надання пацієнту «ролі хворого», тимчасового статусу, який визнає, що депресивна хвороба не дозволяє пацієнту функціонувати на повну потужність, і встановлення параметрів лікування, таких, як ліміт часу та очікування, що терапія буде зосереджена на останніх міжособистісних взаємодіях.

На середній фазі лікування терапевт використовує конкретні стратегії, щоб впоратися з будь-якою з чотирьох потенційних проблемних галузей, які є в центрі уваги. Це може включати відповідний траур при складній втраті, розв'язання міжособистісної боротьби в рольовій суперечці, допомогу пацієнту оплакувати втрату старої ролі та прийняти нову під час зміни ролі, або зменшення соціальної ізоляції через міжособистісний дефіцит. Незалежно від фокусу, терапія, ймовірно, буде спрямована на здатність пацієнта відстоювати свої потреби та бажання під час міжособистісних зустрічей, підтверджувати гнів пацієнта як нормальний міжособистісний сигнал і заохочувати його ефективно вираження, а також заохочувати до відповідних соціальних ризиків.

Під час останніх кількох сеансів терапевт нагадує пацієнту, що наближається припинення терапії, допомагає пацієнту відчути себе більш здібним і незалежним, переглядаючи його чи її значні досягнення під час лікування, і зауважує, що завершення терапії саме по собі є зміною ролі хороших та хворобливих сторін.

Мета терапевта – бути союзником пацієнта. Гостра межа часу змушує пацієнта вжити активних заходів. Офіційного домашнього завдання не призначають. Лікування зосереджується на зовнішньому середовищі пацієнта, а не на самій терапії.

Планування сеансів один раз на тиждень підкреслює, що акцент робиться на реальному житті пацієнта, а не в лікарні. Під час сеансів терапевт і пацієнт переглядають події минулого тижня. Коли пацієнт досягає успіху в міжособистісній ситуації, терапевт виступає в ролі «чирлідера», зміцнюючи здорові навички міжособистісного спілкування.

Якщо результат несприятливий, терапевт проявляє співчуття, допомагає пацієнту проаналізувати, що пішло не так в ситуації, обдумує нові варіанти міжособистісного спілкування і розігрує їх разом із пацієнтом під час репетиції реального життя. Потім пацієнт перевіряє їх. Враховуючи такий акцент на міжособистісній взаємодії, не дивно, що депресивні пацієнти отримують нові навички міжособистісного спілкування.

Терапевтичний альянс є базисом ефективності застосування IPT. Особлива увага терапевта зосереджується на позитивному контрперенесенню тепла, співпереживання, емоційної асоціації і позитивному ставленні, що є підґрунтям заохочення до позитивних стосунків.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи).

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг психотерапевтичного втручання.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. John C Markowitz and Myrna M Weissman. Interpersonal psychotherapy: principles and applications // World Psychiatry. 2004 Oct; 3(3): 136–139.
2. D. M. Sloan, B. A. Feinstein, M. W. Gallagher, J. G. Beck, T. M. Keane. Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2013; 5(2): 176.
3. P. A. Resick, J. S. Wachen, J. Mintz. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. J. Consult. Clin. Psychol. 2015; 83(6): 1058–68.

## ТЕМА 10

### ОСНОВИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

---

#### *Еталон практичної навички № 10.1*

#### МЕТА, ОСНОВНІ СТРАТЕГІЇ ТА НАПРЯМКИ ТРАВМА-ФОКУСОВАНОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

##### ■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ

**Мета** травма-фокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії (ТФ-КПТ, ТФ-СВТ) – зменшення негативних наслідків травматичної події для повсякденного життя шляхом її усвідомлення та переосмислення. При цьому зменшення уникнення ТД має вирішальне значення для вивчення, оцінки та опрацювання мета-емоцій, переконань, спричинених травмою.

**Цільова група:** пацієнти з афективною, вегетативною симптоматикою переважно тривожного, тривожно-фобічного кола.

**Роль терапевта** полягає в наданні допомоги пацієнту у пошуку та реалізації ефективних стратегій для вирішення визначених в процесі лікування цілей та зменшення симптомів травми, розладу шляхом:

- «орієнтації на проблеми» та «орієнтації на дії», тобто використання ПТ втручань для вирішення конкретних проблем, пов'язаних з ППР, ТД.

- використання принципу систематичної десенсибілізації, який постулює, що тривале фокусування на стресовому подразнику з часом знижує рівні тривоги та напруження, зменшує хворобливі думки і почуття – наслідки травматичної події;

- зосередження на позбавленні неконструктивних когнітивних побудов, надбаних поведінкових стереотипів, викликаних стресовим впливом, а також на вдосконаленні емоційної регуляції, розробці стратегій особистого врегулювання;

– зменшення уникнення ТД для усунення негативних наслідків травматичної події для повсякденного життя шляхом її зрозуміння та переосмислення, а також вивчення, оцінки та опрацювання мета-емоцій, переконань, спричинених травмою.

Важливі **пересвідчення, які потрібно формувати у пацієнта** в процесі ТФ-КПТ, через сприяння довгостроковому остаточному ефекту шляхом нагадування або думок про травму в безпечних умовах терапії:

- а) запам'ятовування травми не є небезпечним;
- б) запам'ятовування речей про травму – не те ж саме, як її повторне переживання;
- в) тривога не залишається високою назавжди, але з часом зменшується без пригнічення або уникнення спогадів, думок, почуттів;
- г) психопатологічні симптоми / психологічні наслідки ППР піддаються власному контролю.

**Протокол ТФ-КПТ** включає: психоедукацію; техніки копінгу, стабілізації, емоційної регуляції; повторне пережиття та когнітивне опрацювання; експозицію наживо, зменшення уникнення; роботу з коморбідними розладами та проблемами; повернення до життя, відновлення.

#### **Напрямки психотерапевтичної роботи при ТФ-КПТ:**

а) з боку терапевта: пошук достовірної інформації, перевірка гіпотез – поведінкові експерименти; встановлення цілей та плану дій; організація часу, поведінкова активація, планування діяльності; покрокова експозиція щодо ситуацій, що викликають тривогу/страх, задля подолання страху; навчання і тренінг певних навичок; зміна життєвої ситуації – вирішення проблем, вибір оптимальних дій, що ведуть до досягнення бажаних цілей; зміна «стилю» життя, що відповідає новим глибинним переконанням; застосування технік релаксації.

б) з боку пацієнта: децентруватися від своїх думок, припущень та переконань, навчитися спостерігати за ними та ідентифікувати їх; розуміти свої процеси мислення, фокусування уваги, обробки інформації та ін.; ставитися до думок як лиш до думок, не обов'язково фактів; перевіряти їх правдивість та корисність, адаптивність

(у тому числі експериментально) – і при потребі конструювати нові, більш адаптивні думки та переконання; свідомо навігувати процесом мислення, уваги, свідомості – свідомо вибирати, коли думати, коли «просто бути», на чому фокусувати увагу і як фокусувати увагу (майдфулнес підхід – «третя хвиля»).

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи).

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг психотерапевтичних інтервенцій.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker K, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports*. 2004;6:96–100.
2. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2006.
3. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, editors. *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York: Guilford Press; 2012.
4. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. *Child Abuse Neglect*. 2012;36:528–541.
5. Cohen JA, Mannarino AP, Murray LK. Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35:637–646.
6. Murray LK, Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused CBT for youth who experience continuous traumatic stress. *Peace & Conflict: J Peace Psychology*. 2013;19:180–195.
7. Dorsey S, Pullmann MD, Berliner L, Koschmann E, McKay M, Deblinger E. Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38:1508–1520.

**КРОКИ ТА ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕФЕКТИВНОЇ  
ТРАВМА-ФОКУСОВАНОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

■ **СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

***Кроки застосування TF-CBT:***

а) психоед'юкація стосовно психічного, когнітивного, емоційного реагування на травматичну подію, зокрема надзвичайну, на тлі формування комплаєнсу, терапевтичного альянсу;

б) виявлення очікувань від терапії;

в) створення поточної бази (перелік) причин і пережитого впливу травматичної події шляхом отримання письмових пояснень, розповідей про пережиту травму, її сприйняття сьогодні, пред'явлення предметів (фотографії, предмети одягу тощо), які нагадують про травматичну подію чи допомагають пережити її;

г) визначення автоматичних думок, а також підвищення обізнаності про взаємозв'язок між думками та почуттями людини;

д) техніки копіngu, стабілізації, емоційної регуляції – навчання засобам та способам виявлення неадаптивних вірувань («застрягливих моментів»), які перешкоджали відновленню після ТД, розпізнавання яким чином травматична подія призвела до зміни переконань та думок, а також їх вплив на поточні соціальне функціонування та якість життя;

е) формальна обробка травми (наприклад, звіт про найгірший ТД з його подальшою вербалізацією) для порушення схем уникнення, проведення емоційної обробки, з'ясування та змінення спотворених когніцій;

ж) навчання релаксаційним вправам;

з) посилення, відробка отриманих навичок задля їх використання у подальшому; визначення, оцінка та зміна переконань стосовно травматичних подій із зосередженням на п'яти концептуальних сферах: безпека, довіра, сила чи контроль, повага та інтимність;



и) оцінка ходу лікування, а саме: поліпшення та перешкоди, з якими пацієнт все ще стикається або може зіткнутися;

к) розробка плану профілактики рецидивів задля аналізу здобутків впродовж ПТ лікування, можливостей і способів їх використання у майбутньому.

***Ключові характеристики, необхідні для ефективності TF-CBT:***

- наявність моделі і протоколу ППР;
- індивідуальне діагностичне формулювання та терапевтичний план;
- терапевтичний альянс та активна співпраця;
- очікування, що пацієнт стане з часом «сам собі терапевт»;
- використання домашніх завдань;
- орієнтованість на досягнення цілей та вирішення проблем;
- часова окресленість;
- творча імпровізація внаслідок структурованості методу КПТ;
- робота тут і тепер;
- принцип керованого відкриття;
- інтегративний арсенал технік; етичні стандарти.

***Кінцевий результат TF-CBT*** – визнання пацієнтом факту суттєвого зменшення або дезактуалізації травматичної події, ТД, симптомів стрес-асоційованого розладу та їх впливу на якість життя, соціальне функціонування, соціальні взаємодії, а також спроможності до самопрофілактики та самокорекції впливу майбутніх травмуючих подій.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи).

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг психотерапевтичних інтервенцій.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker K, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports*. 2004;6:96–100.
2. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2006.
3. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, editors. *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York: Guilford Press; 2012.
4. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. *Child Abuse Neglect*. 2012;36:528–541.
5. Cohen JA, Mannarino AP, Murray LK. Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35:637–646.
6. Murray LK, Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused CBT for youth who experience continuous traumatic stress. *Peace & Conflict: J Peace Psychology*. 2013;19:180–195.
7. Dorsey S, Pullmann MD, Berliner L, Koschmann E, McKay M, Deblinger E. Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38:1508–1520.

## **ТРАВМА-ФОКУСОВАНА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ПСИХОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ**

### **■ СТАНДАРТ ВИКОНАННЯ**

Щоб отримати користь від травма-фокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії (TF-CBT), діти повинні пережити принаймні одну психічну травму, яку запам'ятали. Оскільки уникнення є характерною ознакою посттравматичного стресового розладу (ПТСР), діти часто спочатку мінімізують інформацію про свої травми та симптоми. В деяких випадках вони можуть повністю заперечувати, що пережили травму, що сприяє недостатній діагностиці розладів, пов'язаних з травмою. Крім того, дитяча травма передбачає зраду довіри, як правило, з боку дорослих, тому зустріч з новою дорослою людиною, як то терапевт, може служити нагадуванням про травму та призвести до високого рівня недовіри під час первинної оцінки, особливо для дітей із ранньою міжособистісною травмою чи «комплексною травмою».

Діагноз ПТСР не є обов'язковим, хоча деякі симптоми ПТСР зазвичай присутні. Діти, чиї поведінкові проблеми виникають у зв'язку з афективними, біологічними, когнітивними та міжособистісними порушеннями, які викликані нагадуваннями про травму, швидше за все, будуть реагувати на TF-CBT, і їх необхідно відрізняти від дітей із серйозними первинними проблемами екстерналізації поведінки (наприклад, розлади поведінки), які, ймовірно, отримають більше переваг від іншого методу лікування.

**Цілі TF-CBT** полягають у тому, щоб **вирішувати та повторно регулювати сфери впливу травми** на індивідуальну дитину, яка може бути узагальнена, але не обмежуватись наступним:

1. Афективні симптоми. Наприклад, тривога, смуток, гнів, порушення афективної регуляції.
2. Поведінкові симптоми. Наприклад, уникнення нагадувань про травму, саморуйнівна чи самоушкоджуюча поведінка, дезадап-

тивна поведінка, змодельована під час травми (наприклад, сексуальна поведінка, знущення, агресія).

3. Біологічні симптоми. Наприклад, підвищена пильність, поганий сон, підвищений страх, біль в животі, головний біль, інші соматичні проблеми.

4. Когнітивні (перцептивні) симптоми. Наприклад, нав'язливі думки та спогади, пов'язані з травмою; дезадаптивні переконання, пов'язані з травмою, дисоціація, психотичні симптоми, когнітивна дисрегуляція.

5. Соціальні (шкільні) симптоми. Наприклад, погіршені стосунки з сім'єю, друзями, однолітками, соціальна замкнутість, зниження концентрації на навчанні, успішності навчання; порушення прихильності та/або довіри.

#### ***Основні принципи TF-CBT дітей:***

- 1) лікування на основі фаз і компонентів;
- 2) компонентний порядок і пропорційність фаз;
- 3) використання поступового впливу при TF-CBT;
- 4) важливість інтегрального залучення значущих інших осіб.

Когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму (TF-CBT), – це лікування, орієнтоване на сім'ю, в якому батьки або опікуни беруть участь нарівні зі своєю травмованою дитиною чи підлітком. TF-CBT – це лікування на основі компонентів і фаз, яке підкреслює пропорційність і включає поступовий вплив на кожен компонент.

Батьки і дитина отримують всі компоненти TF-CBT в паралельних індивідуальних сесіях, які дозволяють батькам і дитині висловити свої особисті думки та почуття щодо переживань травми дитини, отримати навички, щоб допомогти дитині повторно регулювати реакції на травму та навчитися уникати нагадувань і спогадів про травму.

Сім'ї також беруть участь у кількох спільних сесіях батьків і дітей, щоб покращити спілкування в сім'ї про переживання дитиною травми та батьківську підтримку дитини. Дослідження підтверджують, що участь батьків значно посилює сприятливий вплив TF-CBT на травмованих дітей.

Правильність використання моделей TF-CBT дуже важлива для забезпечення позитивних результатів. Компоненти TF-CBT підсумовуються аббревіатурою «ПРАКТИКА».

***Моделі TF-CBT включають наступне:***

1) компоненти ПРАКТИКИ надаються в послідовному порядку (з певною гнучкістю в рамках навичок стабілізації, як це показано клінічно);

2) надаються усі компоненти ПРАКТИКИ без винятку;

3) три фази TF-CBT надаються у відповідній пропорції та тривалості.

Для типових випадків лікування травми тривалість TF-CBT становить 12–15 сеансів, і кожна фаза лікування отримує приблизно рівну кількість сеансів лікування (тобто 4–5 сеансів/фази).

У випадках складної травми тривалість лікування є дещо довшою (16–25 сеансів), а пропорційність дещо змінюється: приблизно ½ лікування (8–12 сеансів) присвячується стабілізаційним навичкам, а чверть лікування (4–6 сеансів) витрачається на травму.

Участь батьків є невід’ємною частиною моделі TF-CBT, і батьки отримують стільки ж часу на лікування, як і діти. Під час більшості сеансів TF-CBT терапевт проводить близько 30 хвилин індивідуально з дитиною і 30 хвилин індивідуально з батьками. Спільні сеанси дітей і батьків включені пізніше в модель TF-CBT для оптимізації відкритого спілкування дітей і батьків. Ця структура обрана для сімейних сеансів, виходячи з того, що дитяча травма суттєво впливає на батьків і дітей, і, таким чином, обидва отримують індивідуальні можливості обробити особисту травму, перш ніж зустрітися для цього.

■ **Необхідні матеріали та обладнання:** пацієнт (в якості пацієнта під час практичного заняття може виступати студент навчальної групи).

■ **Оцінка результатів:** обґрунтованість, індивідуальність та необхідний обсяг психотерапевтичних інтервенцій.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jul; 24(3): 557–570. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005
2. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–258.
3. Kilpatrick D, et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: results for the National Survey of Adolescents. *J Clinical Child Psychology*. 2003;71:692–700.
4. Pine DC, Cohen JA. Trauma in children: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*. 2002;51:519–531.
5. Kisiel C, Conradi L, Gehernbach T, Torgersen E, Briggs EC. Assessing the effects of trauma in children and adolescents in practice settings. *Child Adolesc Clinics N Amer*. 2014;23:223–242.
6. Mannarino AP, Cohen JA. Treating sexually abused children and their families: identifying and avoiding professional role conflicts. *Trauma, Violence & Abuse*. 2001;2:331–342.
7. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker K, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports*. 2004;6:96–100.
8. Foa EB, Treadwell K, Johnson K, Feeny NC. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychology*. 2001;30:376–384.
9. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2006.
10. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, editors. *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York: Guilford Press; 2012.
11. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. *Child Abuse Neglect*. 2012;36:528–541.
12. Craske MG, Kircanski K, Zelikowski M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research & Therapy*. 2008;46:5–27.
13. Cohen JA, Mannarino AP, Murray LK. Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35:637–646.
14. Murray LK, Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused CBT for youth who experience continuous traumatic stress. *Peace & Conflict: J Peace Psychology*. 2013;19:180–195.

15. Dorsey S, Pullmann MD, Berliner L, Koschmann E, McKay M, Deblinger E. Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38:1508–1520.
16. Dorsey S, Conover K, Cox JR. Improving foster parent engagement: Using qualitative methods to guide tailoring of evidence-based engagement strategies. *J Clinical Child Adolescent Psychology*. (in press)
17. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, Hukkelberg SS, Indregard T, Stormyren SD, Wentzel-Larsen T. A randomized effectiveness study comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with therapy as usual for youth. *J Clinical Child Adolescent Psychology*. 2013;43:356–369.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 2.1*****Eysenck Personality Inventory (EPI)***

**«Особистісний опитувальник» Г. Ю. Айзенка  
(адаптація А. Г. Шмельова)**

**Інструкція:** Прочитайте питання і дайте відповідь «так», якщо погоджуєтесь з цим питанням, або відповідь «ні», якщо не погоджуєтесь. Відповідайте швидко і точно. Немає вірних чи невірних, хороших чи поганих відповідей.

1. Чи часто ви відчуваєте потребу в нових враженнях, для того, щоб відволіктися, випробувати сильні відчуття?
2. Чи часто ви відчуваєте потребу в друзях, які можуть вас зрозуміти, підбадьорити, поспівчувати?
3. Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною?
4. Чи важко вам відмовитися від своїх намірів?
5. Свої справи ви обмірковуєте не поспішаючи?
6. Чи завжди ви виконуєте свої обіцянки, навіть якщо це вам не вигідно?
7. Чи часто у вас бувають спади або підйоми настрою?
8. Чи швидко ви звичайно дієте та говорите?
9. Чи виникало у вас почуття, що ви нещасливі, хоча ніякої серйозної причини для цього не було?
10. Чи правильно, що на «пару» ви здатні зважитися на все?
11. Чи бентежитеся ви, якщо хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка вам симпатична?
12. Чи буває, що ви виходите з себе, розлютившись?
13. Чи часто буває, що ви дієте необдуманно, під впливом моменту?
14. Чи часто вас непокоїть думка про те, що вам потрібно щось небудь робити або говорити?
15. Чи віддаєте ви перевагу читанню книг зустрічам із людьми?
16. Чи правильно, що вас легко зачепити?
17. Чи любите ви часто бувати в компанії?



18. Чи бувають у вас такі думки, якими вам не хотілося б ділитися з іншими?
19. Чи правильно, що іноді ви настільки повні енергії, що все горить в руках, а іноді відчуваєте втому?
20. Чи намагаєтесь ви обмежити коло своїх знайомств невеликою кількістю найближчих друзів?
21. Чи багато ви мрієте?
22. Якщо на вас кричать, ви відповідаєте тим же?
23. Чи вважаєте ви всі свої звички гарними?
24. Чи часто у вас з'являється відчуття, що ви в чомусь винні?
25. Чи здатні ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважатися в веселій компанії?
26. Чи можна сказати, що нерви у вас часто бувають натягнуті до краю?
27. Чи вважаєтеся ви людиною живою і веселою?
28. Після того, як справу зроблено, чи часто ви в думках повертаєтеся до неї і думаєте, що змогли б зробити краще?
29. Чи почуваєте ви себе неспокійно, перебуваючи у великій компанії?
30. Чи буває, що ви передаєте слухи?
31. Чи буває, що вас сон не бере через те, що в голову лізуть різні думки?
32. Якщо ви хочете про щось довідатися, ви вважаєте за краще знайти це в книзі, а не запитати у людей?
33. Чи буває у вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається вам робота, що потребує зосередження?
35. Чи бувають у вас напади тремтіння?
36. Чи завжди ви говорите правду?
37. Чи буває вам неприємно перебувати в компанії, де жартують один над одним?
38. Чи дратівливі ви?
39. Чи подобається вам робота, що потребує швидкодії?
40. Чи правильно, що вам часто не дають спокою думки про різні неприємності і жахи, які могли б відбутися, хоча все скінчилося благополучно?

41. Чи правильно, що ви неквапливі в рухах (дещо повільні)?
42. Чи спізнюєтеся ви коли-небудь на роботу або на зустріч з будь-ким?
43. Чи часто вам сняться кошмари?
44. Чи правильно, що ви так любите поговорити, що не втрачаєте будь-якого випадку поговорити з новою людиною?
45. Чи турбують вас які-небудь болі?
46. Чи переживали б ви, якщо довго не могли бачитися з друзями?
47. Ви нервова людина?
48. Чи є серед ваших знайомих ті, що явно вам не подобаються?
49. Ви впевнена в собі людина?
50. Чи легко вас зачіпає критика ваших вад чи вашої роботи?
51. Чи важко вам отримати дійсне задоволення від заходів, у яких бере участь багато людей?
52. Чи непокоїть вас почуття, що ви чимось гірші за інших?
53. Зуміли б ви внести пожвавлення в нудну компанію?
54. Чи буває, що ви говорите і про речі, на яких зовсім не розумієтеся?
55. Чи турбуєтеся ви про своє здоров'я?
56. Чи любите ви пожартувати над іншими?
57. Чи страждаєте ви від безсоння?

### **Ключі до методики «ЕРІ»**

Результатом є сума відповідей «так» і «ні» за окремими шкалами.

**Відвертість:** відповіді «так» на запитання 6, 24, 36;

відповіді «ні» на запитання 12, 18, 30, 42, 48, 54.

**Екстраверсія:** відповіді «так» на запитання 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.

відповіді «ні» на запитання 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

**Нейротизм:** відповіді «так» на запитання 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

### **Інтерпретація показників за шкалою «Відвертість»**

0–3 бали – відвертий

4–6 балів – ситуативно невідвертий

7–9 – невідвертий

### Інтерпретація результатів за шкалою «Екстраверсія»

0-2 – надінтроверт

3-6 – інтроверт

7-10 – потенційний інтроверт

11-14 – амбіверт

15–18 – потенційний екстраверт

19–22 – екстраверт

23–24 – надекстраверт

### Інтерпретація результатів за шкалою «Нейротизм»

0-2 – надконкордант

3-6 – конкордант

7-10 – потенційний конкордант

11-14 – нормостенік

15–18 – потенційний дискордант

19-22 – дискордант

23-24 – над дискордант



**Рисунок 3. «Коло Айзенка».**

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 2.2*****Фрустраційний тест С. Розенцвейга***

Матеріал тесту складається з серії 24 малюнків, що представляють кожного з персонажів під фрустраційну ситуацію. На кожному малюнку ліворуч персонаж представлений під час проголошення слів, що описують фрустрації іншого індивіда або його власну. Персонаж праворуч має над собою порожній квадрат, в який повинен вписати свою відповідь, свої слова. Риси і міміка персонажів усунені з малюнка, щоб сприяти ідентифікації цих рис (проективно).

Ситуації, представлені в тесті, можна розділити на дві основні групи.

А. Ситуація перешкоди «я» (его-блокінгове). У цих ситуаціях будь-яку перешкоду, персонаж або предмет зупиняють, бентежать, збивають з пантелику, словом, будь-яким прямим способом фруструють суб'єкта. Існують 16 ситуацій цього типу (наприклад, ситуація 1).

Б. Ситуація перешкоди «понад я» (суперегоблокінгове). Суб'єкт при цьому служить об'єктом звинувачення. Його закликають до відповідальності або звинувачують інші. Таких ситуацій 8 (наприклад, ситуація 2). Між цими двома типами ситуацій є зв'язок, тому ситуація «суперегоблокінгова» припускає, що їй передувала ситуація перешкоди «я», де фрустратор був об'єктом фрустрації. У виняткових випадках суб'єкт може інтерпретувати ситуацію перешкоди «понад я» і назад.

Обстежуваному вручається серія малюнків і дається така інструкція: «Кожен з малюнків складається з двох або більше осіб. Одна людина завжди зображена промовцем певних слів. Вам треба написати в порожньому полі першу ж думку, яка виникла Вам як відповідь на ці слова. Не старайтесь відбутися жартом. Дійте по можливості швидше».

Обмовка в інструкції щодо гумору виникла не випадково. Вона заснована на всьому досвіді використання цього тесту. Виявилося,

що комічні відповіді, що даються деякими суб'єктами, і, можливо, викликані карикатурним видом малюнка, важко піддаються підрахунку. Експериментальне вивчення цього обмеження в інструкції може виявитися досить цікавим.

Після цього обстежуваному показують, як треба давати відповідь. Протоколюється загальний час тесту. Коли дослідження закінчується, приступають до опитування. Суб'єкта просять прочитати один за іншим його відповіді, і експериментатор підкреслює особливості, наприклад, інтонацію голосу, які дозволяють інтерпретувати відповіді згідно системи оцінок. Якщо відповідь коротка або відноситься до дуже рідкісних, експериментатор повинен в процесі опитування усвідомити його сенс.

Трапляється, що суб'єкт погано розуміє ситуацію, хоча в цьому випадку саме нагадування може бути значущим, опитування дозволяє отримати нову відповідь, після того, як суб'єкту пояснять сенс ситуації.

### Оцінка тесту

Оцінка тесту дозволяє звести кожну відповідь до деякого числа символів, які відповідають теоретичній концепції. Кожна відповідь оцінюється з двох точок зору.

1. Для позначення спрямованості реакції використовують літери:

- а) екстрапунітивна (Е),
- б) інтропунітивна (І),
- в) імпунітивна (М).

2. Тип реакції:

а) перешкодно-домінантний (О-Д) (у відповіді підкреслюється перешкода, яка викликала фрустрацію суб'єкта у формі коментаря про його жорстокість, у формі, що представляє його як сприятливе або ж незначне);

б) его-захисний (Е-Д) («Я» суб'єкта грає найбільшу роль у відповіді, і суб'єкт або засуджує когось, або ж згоден відповідати, або заперечує відповідальність взагалі);

в) **необхіднісно-завзятий** (N-P) (відповідь спрямована на дозвіл фруструючої ситуації, і реакція приймає форму вимоги допомоги

яких-небудь інших осіб для вирішення ситуації, форму прийняття на себе обов'язків зробити необхідні виправлення або ж у розрахунок на час, що нормальний хід речей принесе з собою виправлення).

З комбінації цих 6 категорій отримують 9 можливих рахункових факторів оцінки.

Кожна відповідь може бути оцінена одним, двома, рідше трьома рахунковими факторами.

Для позначення екстрапунітивної, інтропунітивної або імпульсивної спрямованості загалом, без урахування типу реакцій, використовують букви E, I або M, відповідно.

Для вказівки на перешкодно-домінантний тип після заголовних букв напрямку додають знак «прим» ( ' ): E', I', M'.

Егозахисні типи екстрапунітивної, інтропунітивної та імпульсивної спрямованості позначають прописними буквами E, I, M. **Необхіднісно-завзятий** тип представляють малими літерами e, i, m.

#### Рахункові фактори класифікації відповідей в тесті Розенцвейга

| Спрямо-<br>ваність<br>реакцій | Типи реакцій                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <i>O-D перешкодно-<br/>домінантний</i>                                                                      | <i>E-D его-захисний</i>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <i>N-P <b>потребіст-<br/>но-нестійкий</b></i>                                                                                                                |
| E – екстра-<br>пунітивна      | E – виразно<br>виділяється,<br>підкреслюєть-<br>ся наявність<br>фрустраційної<br>обстановки, пе-<br>решкоди | E – звинувачення.<br>Ворожість і т. п.<br>проявляється у від-<br>ношенні зовнішнього<br>оточення (іноді – сар-<br>казм): «Це Ви винні<br>в тому, що сталося»,<br>«не повторюйте цьо-<br>го більше». E – суб'єкт<br>активно заперечує<br>свою провину, прояв-<br>ляючи ворожість до<br>обвинувача | e – містить ви-<br>могу до іншої<br>конкретної осо-<br>би виправити<br>фруструючу<br>ситуацію: «Ви по-<br>винні вирішити<br>це питання, до-<br>помогти мені» |

| Спрямо-<br>ваність<br>реакцій | Типи реакцій                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <i>O-D</i> перешкодно-<br>домінантний                                                                                                             | <i>E-D</i> еґо-захисний                                                                                                                                                                                                              | <i>N-P</i> <i>потребніст-</i><br><i>но-нестійкий</i>                                                                                                 |
| I – інтропу-<br>нітивна       | I – фруструюча<br>ситуація тлу-<br>мачиться як<br>як заслужене по-<br>карання, або ж<br>підкреслюється<br>стурбованістю<br>занепокоєнням<br>інших | I – звинувачення,<br>засудження суб'єкт<br>пред'являє само-<br>му собі: «Я винен у<br>тому, що сталося».<br>I – суб'єкт визнає<br>свою провину, але<br>заперечує відпові-<br>дальність, посилаю-<br>чись на пом'якшуючі<br>обставини | i – суб'єкт, ви-<br>знаючи свою<br>відповідальність,<br>береться само-<br>стійно виправ-<br>ляти становище,<br>компенсувати<br>втрати іншій<br>особі |
| M – імпуні-<br>тивна          | M – заперечує<br>значимість або<br>несприятливість<br>перешкоди, об-<br>ставин фрустра-<br>ції                                                    | M – явно уникає за-<br>судження будь-кого,<br>суб'єкт виправдовує<br>об'єктивного винуватця фрустрації                                                                                                                               | m – суб'єкт спо-<br>дівається на бла-<br>гополучне вирі-<br>шення проблем з<br>часом, характер-<br>ні поступливість і<br>конформність                |

Кожен фактор записується у відповідній колонці навпроти номера відповіді, а його рахункове значення в цьому випадку (двох зафіксованих показників на одній відповіді) відповідає вже не одному цілому балу, як при одиничному показнику відповіді, а 0,5 бала. Більш докладне розбиття відповіді на 3, 4 і т.д. показників можливе, але не рекомендується. У всіх випадках загальна сума всіх рахункових факторів при повністю заповненому протоколі становить 24 бали – по одному балу на кожен пункт.

Усі відповіді обстежуваного, закодовані у вигляді рахункових факторів, записують на протокольному бланку у колонках відповідного типу, навпроти пунктів підрахунку.

### Обробка тесту

Обробка тесту складається з наступних етапів:

1. Визначення показника «ступінь соціальної адаптивності».

2. Визначення профілів.
3. Визначення зразків.
4. Аналіз тенденцій.

### **Визначення показника «ступінь соціальної адаптивності»**

Показник «ступеня соціальної адаптації» – GCR – обчислюється за спеціальною таблицею. Його числове значення показує відсоток збігів рахункових факторів конкретного протоколу (у балах) із загальним числом стандартних для популяції відповідей. Кількість таких пунктів для порівняння в авторському оригіналі 12, в російському варіанті (за Н. В. Тарабріною) – 14. Відповідно, знаменником у дробі при обчисленнях відсотка GCR є число стандартизованих пунктів (в останньому випадку 14), а чисельник – кількість балів, отриманих обстежуваним за збігами. У тому випадку, коли відповідь обстежуваного закодowana двома рахунковими факторами і лише один з них збігається з нормативною відповіддю, в загальну суму чисельника дробу додається не цілий, а 0,5 бала.

### **Стандартні значення відповідей для підрахунку показника GCR в тесті Розенцвейга**

| №<br>н/п | В адаптації Н. В. Тарабріної |     |     | В оригінальному авторському варіанті |     |     |
|----------|------------------------------|-----|-----|--------------------------------------|-----|-----|
|          | O-D                          | E-D | N-P | O-D                                  | E-D | N-P |
| 1        | 2                            | 3   | 4   | 5                                    | 6   | 7   |
| 1        | M                            | E   |     |                                      | M   |     |
| 2        |                              | I   |     |                                      |     |     |
| 3        |                              |     |     |                                      |     |     |
| 4        |                              |     |     |                                      |     |     |
| 5        |                              |     |     |                                      |     |     |
| 6        |                              |     | e   |                                      |     |     |
| 7        |                              | E   |     |                                      | E   |     |
| 8        |                              |     |     |                                      |     |     |
| 9        |                              |     |     |                                      |     | E   |
| 10       |                              | E   |     |                                      | E   |     |
| 11       |                              |     |     |                                      | M   |     |



| №<br>н/п | В адаптації Н. В. Тарабріної |      |     | В оригінальному авторському<br>варіанті |     |     |
|----------|------------------------------|------|-----|-----------------------------------------|-----|-----|
|          | O-D                          | E-D  | N-P | O-D                                     | E-D | N-P |
| 12       |                              | E    |     |                                         |     |     |
| 13       |                              |      | e   |                                         |     | E   |
| 14       |                              |      |     |                                         |     |     |
| 15       | E                            |      |     | M                                       | M   |     |
| 16       |                              | E; I |     |                                         |     |     |
| 17       |                              |      |     |                                         |     |     |
| 18       | E                            |      | e   | E                                       |     |     |
| 19       |                              | I    |     |                                         | I   |     |
| 20       |                              |      |     |                                         |     |     |
| 21       |                              |      |     | I                                       |     |     |
| 22       | M                            |      |     |                                         |     |     |
| 23       |                              |      |     | E                                       | E   |     |
| 24       | M                            |      |     |                                         |     |     |

Примітка: в знаменнику – кількість стандартних пунктів; у чисельнику – кількість балів збігів.

### Профілі

Сумарні бали кожного з дев'яти рахункових факторів записують в таблицю профілів на протокольному бланку. У цій же таблиці вказують загальний сумарний бал і відсоток (від 24) усіх відповідей кожного напрямку (в рядку) і кожного типу (в стовпчику).

**Таблиця профілів**

| Тип реакції | O-D | E-D | N-P | Сума | % | Станд. |
|-------------|-----|-----|-----|------|---|--------|
| E           |     |     |     |      |   |        |
| I           |     |     |     |      |   |        |
| M           |     |     |     |      |   |        |
| Сума        |     |     |     |      |   |        |
| %           |     |     |     |      |   |        |
| Станд.      |     |     |     |      |   |        |

### Середні статистичні дані тесту для груп здорових осіб (у %)

| Автор дослідження            | Направлення реакції |       |       | Тип реакції |       |       |
|------------------------------|---------------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
|                              | Е                   | І     | М     | O-D         | E-D   | N-P   |
| С. Розенцвейг 75 (9/12)      | 40                  | 30    | 30    | 20          | 50    | 30    |
| Н. В. Тарабріна 62–64 (8/14) | 46–52               | 25–27 | 23–26 | 32–34       | 35–39 | 27–30 |

### Зразки

На підставі таблиці профілів визначають зразки.

Їх всього 4: 3 основних і 1 додатковий.

*Зразок 1:* Констатація відносної частоти відповідей різних напрямків незалежно від типу реакцій.

*Зразок 2:* Відображає відносну частоту типів реакцій.

*Зразок 3:* Відображає відносну частоту найчастіших трьох факторів незалежно від типів і напрямків.

Три основних зразка дозволяють легше відзначити переважаючі способи відповідей за напрямком, типом і їх комбінацією.

Додатковий зразок складається з порівняння егоблокінгових відповідей з відповідними суперегоблокінговими реакціями.

### Аналіз тенденцій

Під час дослідження суб'єкт може помітно змінити свою поведінку, переходячи від одного типу або напрямку реакції до іншого. Всяка така зміна має велике значення для розуміння фрустрації, оскільки показує відношення суб'єкта до своїх власних реакцій.

Наприклад, обстежуваний може почати дослідження, даючи екстрапунітивні реакції, потім після 8 або 9 ситуацій, які збуджують у ньому почуття провини, почати давати відповіді інтрапунітивні.

Аналіз передбачає виявити існування таких тенденцій і з'ясувати їх природу. Тенденції відзначаються (записуються) у вигляді стріли, вище древка стріли вказують чисельну оцінку тенденції, позначену знаком «+» або «-». «+» – позитивна тенденція, «-» – негативна тенденція.

Формула обчислення чисельної оцінки тенденцій:  $\frac{a-b}{a+b}$ ,

де а – кількісна оцінка в першій половині протоколу; в – кількісна оцінка в другій половині протоколу.

Для того, щоб бути розглянутою як показова, тенденція повинна вміщуватися принаймні в 4 відповіді і мати мінімальну оцінку  $\pm 0,33$ .

Існує 5 типів тенденцій:

Тип 1 – розглядають напрямок агресії в шкалі O-D,

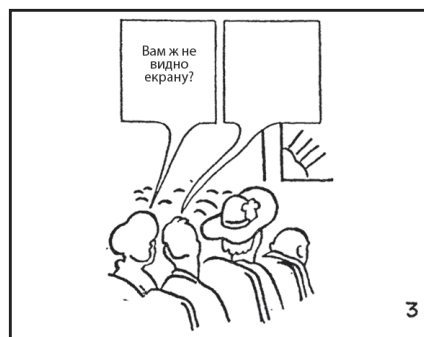
Тип 2 – розглядають напрямок агресії в шкалі E-D,

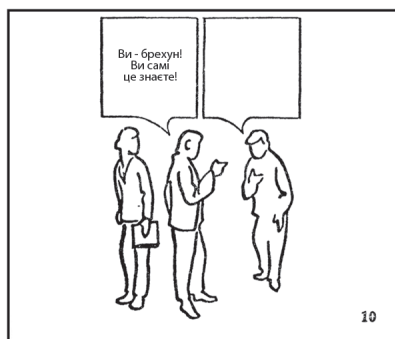
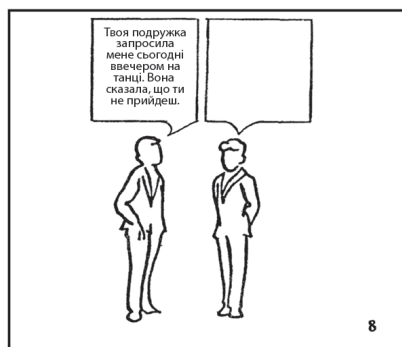
Тип 3 – розглядають напрямок агресії в шкалі N-P,

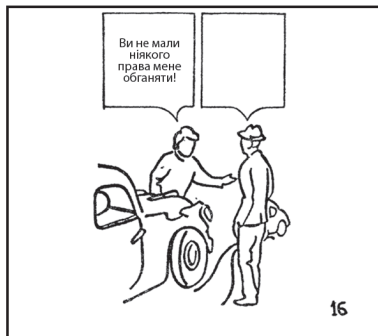
Тип 4 – розглядають напрямок агресії, не враховуючи графі,

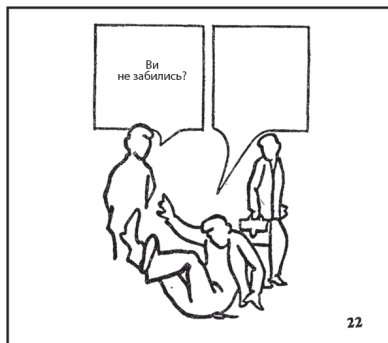
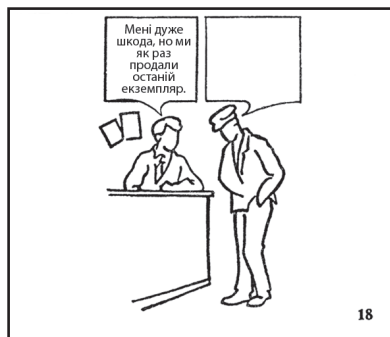
Тип 5 – розглядають розподіл факторів у трьох графах, не враховуючи напрямок.

### Стимульний матеріал (дорослий варіант)











### Інтерпретація результатів тесту

Обстежуваний більш-менш свідомо ідентифікує себе з фрустрованим персонажем кожної ситуації методики. На основі цього положення отриманий профіль відповідей вважають характерним для самого суб'єкта. До переваг методики С. Розенцвейга відноситься висока ретестова надійність, здатність піддаватися адаптації на різних етнічних популяціях.

Змістовні характеристики окремих показників методики, теоретично описані автором, відповідають в основному своїм безпосереднім значенням, описаним в розділі підрахунку показників. С. Розенцвейг зазначав, що самі по собі окремі реакції, реєстровані в тесті, не є ознакою «норми» або «патології», вони в цьому випадку – нейтральні. Значущими для інтерпретації є сумарні показники, їх загальний профіль і відповідність стандартним нормативам групи. Останній із зазначених критеріїв, на думку автора, є ознакою адаптивності поведінки суб'єкта до соціального оточення.

Показники тесту відображають не структурні особистісні утворення, а індивідуальні динамічні характеристики поведінки, і тому даний інструмент не допускав психопатологічної діагностики. Однак виявлена задовільна розрізняюча здатність тесту по відношенню до груп суїцидентів, ракових хворих, сексуальних маніяків, престарілих, сліпих, що заїкаються, що підтверджує доцільність його застосування в складі батареї інструментів в діагностичних цілях.

Відзначається, що висока екстрапунітивність в тесті часто пов'язана з неадекватною підвищеною вимогливістю до оточення і недостатньою самокритичністю. Зростання екстрапунітивності спостерігається в обстежуваних після соціального чи фізичного стресорного впливу. Серед правопорушників зустрічається, мабуть, маскувальне заниження екстрапунітивності щодо норм.

Підвищений показник інтропунітивності зазвичай вказує на надмірну самокритичність або невпевненість суб'єкта, знижений або нестабільний рівень загальної самоповаги (Л. В. Бороздіна, С. В. Русаков, 1983). У хворих з астенічним синдромом цей показник особливо завищений.

Домінування реакцій імпульсивного напрямку означає прагнення залагодити конфлікт, зам'яти незручну ситуацію.

Типи реакцій і показник GCR, відмінні від стандартних даних, бувають характерні для осіб з відхиленнями у різних сферах соціальної адаптації, зокрема – при неврозах.

Реєстровані в протоколі тенденції характеризують динаміку та ефективність рефлексивної регуляції суб'єктом своєї поведінки в ситуації фрустрації. За припущенням деяких авторів, вираженість тенденцій в тесті пов'язана з нестабільністю, внутрішньою конфліктністю демонструючого еталону поведінки.

При інтерпретації результатів застосування тесту в якості єдиного інструмента дослідження слід дотримуватися коректного опису динамічних характеристик і утримуватися від висновків, які претендують на діагностичну цінність.

Принципи інтерпретації тестових даних однакові для дитячої та дорослої форм тесту С. Розенцвейга. В основі лежить уявлення про те, що обстежуваний свідомо чи несвідомо ідентифікує себе із зображенням на рисунку персонажем і тому у своїх відповідях виражає особливості власної «вербальної агресивної поведінки».

Кожна категорія і фактор, що входять в сумарний профіль, мають певне значення, яке випливає з теоретичних уявлень про фрустрації, що лежать в основі конструкції даного тесту.

Як правило, в профілі більшості обстежуваних тією чи іншою мірою бувають представлені всі фактори. «Повний» профіль фру-



страційної реакції з відносно пропорційним розподілом значень за факторами і категоріями свідчить про здатність людини до гнучкої, адаптивної поведінки, можливості використовувати різні способи подолання труднощів, погодившись з умовами ситуації. Навпаки, відсутність в профілі будь-яких факторів вказує на те, що відповідні способи поведінки, навіть якщо вони потенційно є в розпорядженні обстежуваного, в ситуаціях фрустрації швидше за все не будуть реалізовані.

Профіль фрустраційної реакцій кожної людини індивідуальний, проте можна виділити загальні риси, властиві поведінці більшості людей у фрустраційних ситуаціях.

Аналіз показників, зафіксованих в профілі фрустраційної реакції, передбачає також зіставлення даних індивідуального профілю з нормативними значеннями. При цьому встановлюється, наскільки значення категорій і факторів індивідуального профілю відповідають середнім груповим показниками, чи має місце вихід за межі верхньої та нижньої межі допустимого інтервалу.

Так, наприклад, якщо в індивідуальному протоколі зазначається низьке значення категорії Е, нормальне значення І і високе М (всі в порівнянні з нормативними даними), то на підставі цього можна зробити висновок, що даний обстежуваний в ситуаціях фрустрації схильний применшувати травмуючі, неприємні аспекти цих ситуацій і гальмувати звернені до оточуючих агресивні прояви там, де інші, зазвичай, висловлюють свої вимоги в екстрапунітивній манері.

Значення, що перевищують нормативи, екстрапунітивної категорії Е є показником підвищених вимог, що пред'являються суб'єктом до оточуючих, і може бути одним із непрямих ознак неадекватної самооцінки.

Високе ж значення інтропунітивної категорії І, навпаки, відображає схильність обстежуваного пред'являти надмірно завищені вимоги до самого себе в плані самозвинувачення або прийняття на себе підвищеної відповідальності, що також розглядається як показник неадекватної самооцінки, насамперед її зниження.

Категорії, що характеризують типи реакцій, також аналізуються з урахуванням їх змісту та відповідності стандартним показникам.

Категорія O-D (фіксація на перешкоді) показує, якою мірою суб'єкт схильний в ситуаціях фрустрації зосереджуватися на наявній перешкоді. Якщо оцінка O-D перевищує встановлену нормативну границю, то слід вважати, що обстежуваний схильний надмірно фіксуватися на перешкоді. Очевидно, що підвищення оцінки O-D відбувається за рахунок зниження оцінок E-D і N-P, тобто більш активних типів ставлення до перешкод. Оцінка E-D (фіксація на самозахисті) в інтерпретації С. Розенцвейга означає силу чи слабкість «Я». Відповідно, підвищення показника E-D характеризує слабку, вразливу особистість, вимушену в ситуаціях перешкоди зосереджуватися в першу чергу на захист власного «Я».

Оцінка N-P (фіксація на задоволенні потреби), згідно з С. Розенцвейгом, є ознакою адекватного реагування на фрустрацію і показує, якою мірою суб'єкт проявляє фрустраційну толерантність і здатний вирішувати проблему.

Загальна оцінка категорій доповнюється характеристикою за окремими факторами, що дозволяє встановити внесок кожного з них у сумарний показник і більш точно описати способи реагування суб'єкта в ситуаціях перешкоди. Підвищення (або, навпаки, пониження) оцінки з якої-небудь категорії може бути пов'язано з завищенням (або, відповідно, заниженням) значенням одного або декількох складових її факторів. Наприклад, оцінка, що перевищує норматив, екстрапунітивного напрямку (E) може бути обумовлена підвищенням значень за факторами E', E або e, кожен з яких, відповідно до свого значення, характеризує певний спосіб поведінки.

Аналіз факторів дає можливість підійти і до розгляду щодо «благополучних» профілів, де сумарні оцінки за категоріями в цілому відповідають нормативним показникам, оскільки в окремих випадках ця відповідність може спостерігатися і при порушенні співвідношення між окремими факторами.

Як було зазначено вище, в якості критерію адекватності поведінки в ситуаціях фрустрації традиційно приймається оцінка N-P, що відображає спрямованість обстежуваного на вирішення проблеми. З метою уточнення та диференціації цього загального критерію нами була проведена експертиза відповідей на ситуації дитя-

чого варіанта тесту С. Розенцвейга. Експерти, у ролі яких виступали як дорослі (15 психологів і педагогів), так і діти (15 школярів), оцінювали найбільш поширені відповіді на ситуації тесту за ступенем конструктивності, тобто здатності оптимально, адекватно умовам ситуації, вирішувати фрустраційну проблему.

За результатами експертизи, конструктивними і продуктивними визнані наступні типи відповідей: самостійне вирішення ситуацій, підпорядкування об'єктивним вимогам ситуації, у тому числі вимогам дорослого (фактор *m*), визнання власної провини за те, що трапилося (фактор *l*). В цілому серед конструктивних відповідей переважають інтропунітивні реакції (*l*) і реакції типу фіксації на задоволенні потреби (*N-P*). Неконструктивними реакціями визнані: відкритий прояв агресії, звинувачення, ворожість, спрямовані проти інших осіб (фактор *E*), співчуття, обурення з приводу виниклої перешкоди без будь-яких спроб усунути перешкоду (фактор *E'*) і в цілому – реакції екстрапунітивного напрямку (*E*). Ці дані дозволяють провести більш детальну оцінку адекватності, конструктивності поведінки дитини в ситуаціях фрустрації.

Основу аналізу результатів тесту складає інтерпретація кількісних показників. Однак для діагностичних цілей великого значення набуває облік якісного аспекту роботи обстежуваного. Зокрема, цінну додаткову інформацію може дати аналіз лексики обстежуваного, наявність рідкісних, оригінальних відповідей, характерне збільшення або скорочення часу реакції (відповіді) на окремі картинки, заміна первісної відповіді на іншу, на думку обстежуваного, більш правильну, зауваження та коментарі з приводу окремих ситуацій тесту, а також загальні особливості поведінки під час тестування.

## **Методика «Ціннісні орієнтації» (М. Рокіч)**

Методика встановлення ціннісних орієнтацій М. Рокіча заснована на прямому ранжуванні списку цінностей і є найпоширенішою в наш час. М. Рокіч розрізняє два класи цінностей:

- термінальні – переконання в тому, що якась кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;
- інструментальні – переконання в тому, що якийсь образ дій або властивість особистості є кращим у будь-якій ситуації.

Цей розподіл відповідає традиційному розподілу на цінності-цілі й цінності-засоби. Перевагою методики є універсальність, зручність і економічність у проведенні обстеження й обробці результатів, а також гнучкість – можливість варіювати як стимульний матеріал (списки цінностей), так і інструкції. Істотним її недоліком є вплив соціальної бажаності, можливість нещирості. Тому особливу роль у цьому випадку відіграє мотивація діагностики, добровільний характер тестування й наявність контакту між психологом і обстежуваним. Методику не рекомендується застосовувати з метою відбору й експертизи. Можливе проведення групового тестування.

**Матеріали.** Респондентові пред'являється два списки цінностей (по 18 у кожному) або на аркушах паперу, або на картках (порядкові номери зазначаються на зворотному боці картки). У списках обстежуваний привласнює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає одну за одною по значимості для нього. Остання форма подачі матеріалу дає більш надійні результати. Спочатку пред'являється набір термінальних (список А), а потім набір інструментальних (список Б) цінностей.

**Інструкція:** «Зараз вам буде пред'явлений набір з 18 карток з позначенням цінностей. Ваше завдання – розкласти їх у порядку значимості для вас, за тими принципами, якими ви керуєтеся у вашому житті. Кожна цінність написана на окремії картці. Уважно вивчіть картки й, вибравши ту, котра для вас найбільш значима, помістіть її на перше місце. Потім виберіть другу по значимості цінність і помістіть слідом за першою. Те ж проробіть із усіма картками, що залишилися. Найменш важлива залишиться останньою й пося-

де 18 місце. Працюйте не поспішаючи, вдумливо. Якщо в процесі роботи ви зміните свою думку, то можете виправити свої відповіді, помінявши картки місцями. Кінцевий результат повинен відбивати вашу справжню позицію».

**Порядок проведення.** Для подолання зазначених недоліків методики й більш глибокого проникнення в систему ціннісних орієнтацій можливі зміни інструкції, які дають додаткову діагностичну інформацію й дозволяють зробити більш обґрунтовані висновки. Приміром, після основної серії можна попросити обстежуваного ранжувати картки, відповідаючи на наступні запитання.

В якому порядку й у якому ступені (у відсотках) реалізовані дані цінності у вашому житті?

– Як би ви розташували ці цінності, якби стали таким, яким мріяли?

– Як, на ваш погляд, це зробила б ідеальна, досконала людина?

– Як зробила б це, на вашу думку, більшість людей?

– Як це зробили б ви 5 або 10 років тому? Через 5 або 10 років?

– Як ранжували б картки близькі вам люди? І т. д. у залежності від цілей дослідження.

### **Стимульний матеріал до методики М. Рокіча**

Кожна цінність – на окремій картці, номер проставляється на зворотному боці картки.

### **Список А (термінальні цінності)**

1а. Активне діяльне життя (повнота й емоційна насиченість життя).

2а. Життєва мудрість (зрілість суджень і здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом).

3а. Здоров'я (фізичне й психічне).

4а. Цікава робота.

5а. Краса природи й мистецтва (переживання прекрасного в природі й у мистецтві).

6а. Любов (духовна й фізична близькість із коханою людиною).

7а. Матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних ускладнень).

8а. Наявність гарних і вірних друзів.

- 9а. Суспільне визнання (повага навколишніх, колективу, товаришів по роботі).
- 10а. Пізнання (можливість розширення своєї освіти, світогляду, загальної культури, інтелектуальний розвиток).
- 11а. Продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил і здібностей).
- 12а. Розвиток (робота над собою, постійне фізичне й духовне вдосконалювання).
- 13а. Розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків).
- 14а. Воля (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках).
- 15а. Щасливе сімейне життя.
- 16а. Щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалювання інших людей, усього народу, людства в цілому).
- 17а. Творчість (можливість творчої діяльності).
- 18а. Упевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).

### **Список Б (інструментальні цінності)**

- 1б. Акуратність (охайність), уміння тримати в порядку речі, порядок у справах.
- 2б. Вихованість (гарні манери).
- 3б. Високі запити (високі вимоги до життя й високі домагання).
- 4б. Життєрадісність (почуття гумору).
- 5б. Ретельність (дисциплінованість).
- 6б. Незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче).
- 7б. Непримиренність до недоліків у собі й інших.
- 8б. Освіченість (широта знань, висока загальна культура).
- 9б. Відповідальність (почуття обов'язку, уміння дотримуватися слова).
- 10б. Раціоналізм (уміння здорово та логічно мислити, приймати обмірковані, раціональні рішення).
- 11б. Самоконтроль (стриманість, самодисципліна).
- 12б. Сміливість у відстоюванні своєї думки, своїх поглядів.
- 13б. Тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами).

146. Терпимість (до поглядів і думок інших, уміння прощати іншим їхні помилки й оми).  
 156. Широта поглядів (уміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички).  
 166. Чесність (правдивість, щирість).  
 176. Ефективність у справах (працьовитість, продуктивність у роботі).  
 186. Чуйність (дбайливість).

### Обробка й аналіз результатів

Аналізуючи ієрархію цінностей, слід звернути увагу на їхнє згрупування обстежуваним у змістовні блоки. Так, наприклад, можна виділити «конкретні» і «абстрактні» цінності, цінності професійної самореалізації й особистого життя тощо. Інструментальні цінності можуть групуватися в етичні, цінності спілкування, цінності справи, індивідуалістичні й конформістські, а також альтруїстичні цінності, цінності самоствердження, прийняття інших і т. д.

Психолог повинен спробувати вловити індивідуальну закономірність. Якщо не вдається виявити жодної закономірності, можна припустити або несформованість у обстежуваного системи цінностей, або нещирість відповідей.

### Ключ

| Система цінностей |                                            | Список А<br>Термінальні цінності |    |     |     |     |     | Список Б<br>Інструментальні цінності |    |     |     |     |     |
|-------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|--------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|
| 1                 | Особистісні                                | 2а                               | 3а | 6а  | 12а | 15а | 18а | 16                                   | 26 | 46  | 96  | 116 | 166 |
|                   | Суспільні                                  | 1а                               | 5а | 8а  | 13а | 14а | 16а | 66                                   | 76 | 126 | 146 | 156 | 186 |
|                   | Професійні                                 | 4а                               | 7а | 9а  | 10а | 11а | 17а | 36                                   | 56 | 86  | 106 | 136 | 176 |
|                   | (відображають самореалізацію суб'єкта)     |                                  |    |     |     |     |     |                                      |    |     |     |     |     |
| 2                 | Самоствердження                            | 2а                               | 3а | 9а  | 12а | 16а | 18а | 36                                   | 66 | 86  | 116 | 126 | 166 |
|                   | Спілкування                                | 1а                               | 5а | 6а  | 8а  | 13а | 15а | 16                                   | 46 | 76  | 146 | 156 | 186 |
|                   | Справи                                     | 4а                               | 7а | 10а | 11а | 14а | 17а | 26                                   | 56 | 96  | 106 | 136 | 176 |
|                   | (дані корелюють із вектором спрямованості) |                                  |    |     |     |     |     |                                      |    |     |     |     |     |

| Система цінностей |                                                    | Список А<br>Термінальні цінності |    |     |     |     |     | Список Б<br>Інструментальні цінності |    |     |     |     |     |
|-------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|--------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|
| 3                 | Індивідуалістичні                                  | 1а                               | 3а | 9а  | 12а | 14а | 17а | 36                                   | 66 | 96  | 126 | 136 | 166 |
|                   | Конформістські                                     | 4а                               | 6а | 7а  | 8а  | 13а | 18а | 26                                   | 46 | 56  | 86  | 116 | 176 |
|                   | Альтруїстичні                                      | 2а                               | 5а | 10а | 11а | 15а | 16а | 16                                   | 76 | 106 | 146 | 156 | 186 |
|                   | (спрямованість в системі міжособистісних відносин) |                                  |    |     |     |     |     |                                      |    |     |     |     |     |

## ЛІТЕРАТУРА

1. Фрустрация: Понятие и диагностика : Учеб.-метод. пособие : Для студентов специальности 020400 «Психология» / Сост. Л. И. Дементий. – Омск : Изд-во ОмГУ, 2004. – 68 с.
2. Psychic.at.ua – все для психолога. Режим доступу: [https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/proektivni\\_metodiki/test\\_frustracijnikh\\_reakcij\\_rozencvejga\\_chastina\\_2/15-1-0-91](https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/proektivni_metodiki/test_frustracijnikh_reakcij_rozencvejga_chastina_2/15-1-0-91)
3. Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов / Н. Ф. Гребень. – Минск : Соврем. шк., 2007. – 496 с.
4. Studfile.net. Режим доступу: <https://studfile.net/preview/5258514/page:36/>



**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 2.3*****Опитувальник Шмішека***

Особистісний опитувальник (Schmieschek Fragebogen) для визначення типу акцентуації був розроблений Г. Шмішеком на основі концепції К. Леонгарда і вперше опублікований у 1970 р. З його допомогою виявляють наступні десять типів акцентуації: гіпертимність, збудливість, емотивність, дистимія (депресивність), невротичність (тривожно-боязка акцентуація), інтроєктивна (афективно-екзальтована) акцентуація, циклотимічна (афективно-лабільна) акцентуація, застрягаючий (паранойяльна акцентуація), педантизм (ригідна акцентуація) і демонстративність.

**Інструкція:**

«Вам будуть запропоновані твердження, що стосуються Вашого характеру. Якщо Ви згодні з твердженням, поряд з його номером поставте знак «+» («так»), якщо ні – знак «-» («ні»). Над питаннями довго не думайте, правильних і неправильних відповідей немає».

**ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА**

1. У Вас часто веселий і безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Чи буває так, що у Вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, в бесіді тощо?
4. Зробивши щось, Ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно до тих пір, поки ще раз не переконаєтеся в тому, що все зроблено правильно?
5. У дитинстві Ви були таким же відчайдушним і сміливим, як всі Ваші однолітки?
6. Чи часто у Вас змінюється настрій від стану байдужості до відрази до життя?
7. Чи є Ви центром уваги в колективі, в компанії?
8. Чи буває так, що Ви безпричинно знаходитеся в такому буркотливому настрої, що з Вами краще не розмовляти?

9. Ви серйозна людина?
10. Чи здатні Ви зачаровуватися, захоплюватися чим-небудь?
11. Заповзятливі Ви?
12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось образить?
13. М'ягкосердечні Ви?
14. Опускаючи лист у поштову скриньку, чи перевіряєте Ви, проводячи рукою по щілині ящика, що лист повністю впав?
15. Чи прагнете Ви вважатися в числі кращих працівників?
16. Чи бувало Вам страшно в дитинстві під час грози або при зустрічі з незнайомою собакою, а може, таке відчуття буває і тепер?
17. Чи прагнете Ви у всьому і всюди дотримуватися порядку?
18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх обставин?
19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?
20. Часто у Вас буває почуття сильного внутрішнього занепокоєння, відчуття можливої біди, неприємності?
21. У Вас часто буває дещо пригнічений настрій?
22. Чи бувало у Вас хоча б один раз істерика або нервовий зрив?
23. Чи важко Вам всидіти на одному місці?
24. Якщо по відношенню до Вас несправедливо поступили, чи енергійно Ви відстоюєте свої інтереси?
25. Чи можете Ви зарізати курку, вівцю?
26. Чи дратує Вас, якщо вдома завіса або скатертина висять нерівно і Ви відразу ж прагнете поправити їх?
27. У дитинстві Ви боялися залишатися одному в будинку?
28. Часто у Вас безпричинно міняється настрій?
29. Чи завжди Ви прагнете бути достатньо сильним фахівцем у своїй справі?
30. Чи швидко Ви починаєте злитися або впадати в гнів?
31. Чи можете Ви бути зовсім веселим?
32. Чи буває так, що відчуття повного щастя буквально пронизує Вас?
33. Як Ви думаєте, вийшов би з Вас ведучий, конференсьє у концерті, виставі?
34. Ви зазвичай висловлюєте свою думку достатньо відверто і недвозначно?

35. Вам важко переносити вид крові? Чи не викликає це у Вас неприємного відчуття?
36. Чи любите Ви роботу, де необхідна висока особиста відповідальність?
37. Чи схильні Ви захищати тих, по відношенню до яких поступили, на Ваш погляд, несправедливо?
38. Вам тяжко, страшно спускатися в темний підвал?
39. Віддаєте перевагу Ви роботі, де необхідно діяти швидко, але не потрібно високої її якості?
40. Комунікативна Ви людина?
41. У школі Ви охоче декламували вірші?
42. Чи тікали Ви в дитинстві з дому?
43. Чи здається Вам життя важким?
44. Чи буває так, що після конфлікту або образи Ви були до того засмучені, що займатися справою здавалося просто нестерпно?
45. Чи можна сказати, що при невдачі Ви не втрачаєте почуття гумору?
46. Чи робите Ви першим кроки до примирення, якщо Вас хтось образив?
47. Ви дуже любите тварин?
48. Повертаєтеся Ви, щоб переконатися, що залишили будинок або робоче місце в порядку?
49. Чи переслідує Вас неясна думка про те, що з Вами, Вашими близькими може трапитися щось страшне?
50. Чи вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?
51. Чи важко Вам доповідати, виступати перед аудиторією?
52. Чи можете Ви вдарити кривдника, якщо він Вас образить?
53. У Вас велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Ви відноситеся до тих, хто при розчаруванні впадає в глибокий відчай?
55. Вам подобається робота, що вимагає енергійної, організаторської діяльності?
56. Чи наполегливо Ви домагаєтеся наміченої мети, якщо на шляху до неї доводиться долати масу перешкод?
57. Чи може трагічний фільм схвилювати Вас так, що на очах потечуть сльози?

58. Чи часто Вам важко заснути через те, що проблеми попереднього або майбутнього дня весь час крутяться у Вас в голові?
59. У школі Ви іноді підказували своїм товаришам або давали їм списувати?
60. Чи потрібна Вам велика напруга, щоб вночі пройти через кладовище?
61. Чи ретельно Ви стежите за тим, щоб кожна річ у Вашій квартирі була точно на одному і тому ж місці?
62. Чи буває так, що перед сном у Вас гарний настрій, а вранці Ви встаєте похмурим?
63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?
64. Чи бувають у Вас головні болі?
65. Ви часто смієтеся?
66. Чи можете Ви бути привітним з тими, кого явно не цінуєте, не любите, не поважаєте?
67. Ви рухлива людина?
68. Ви дуже переживаєте через несправедливість?
69. Ви настільки любите природу, що можете назвати себе її другом?
70. Йдучи з дому або лягаючи спати, Ви перевіряєте погашене скрізь світло і чи замкнені двері?
71. Ви дуже полохливі?
72. Чи зміниться Ваш настрій при прийомі алкоголю?
73. Раніше Ви охоче брали участь у гуртках художньої самодіяльності, а може, і зараз берете участь?
74. Ви розцінюєте життя швидше песимістично, ніж радісно?
75. Чи часто Вас тягне помандрувати?
76. Чи може Ваш настрій змінитися так різко, що стан радості раптом змінюється похмурою пригніченістю?
77. Чи легко Вам вдається підняти настрій підлеглих?
78. Чи довго Ви переживаєте образу?
79. Чи переживаєте Ви довгий час прикрощі інших людей?
80. Часто, будучи школярем, Ви переписували сторінки у Вашому зошиті, якщо в ній допускали помарки?
81. Чи ставитеся Ви до людей скоріше з недовірою й обережністю, ніж з довірливістю?

82. Чи часто Ви бачите страшні сни?
83. Чи буває, що Ви остерігаєтеся того, що можете кинутися під колеса потягу, що проходить?
84. У веселій компанії ви зазвичай веселі?
85. Чи здатні Ви відвернутися від важкої проблеми, що вимагає обов'язкового рішення?
86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе вільніше, якщо приймете алкоголь?
87. У бесіді Ви скупі на слова?
88. Якби Вам необхідно було грати на сцені, Ви змогли б так увійти в роль, що забули б про те, що це тільки гра?

### ОБРОБКА

При підрахунку балів на кожній шкалі опитувальника Леонгарда для стандартизації результатів значення кожної шкали множаться на певне число. Це зазначено в ключі до методики. Акцентуовані особи не є патологічними. Вони характеризуються проявом та виділенням яскравих рис характеру.

Оцінювання рівня акцентуованого вираження особистості проводиться за ключем таблиці і результати відображаються на графіку.

### КЛЮЧ

Якщо відповідь обстежуваного збігається з написаною в комірці після номера шкали зі знаком «+» або «-», йому зараховується один бал за даною шкалою. При підрахунку результатів тестування набрана за кожною шкалою сума балів множиться на зазначений коефіцієнт.

| №  | Код | Шкала               | Ключ                                    | Множник |       |
|----|-----|---------------------|-----------------------------------------|---------|-------|
|    |     |                     |                                         | Грубо   | Точно |
| 1. | Г-1 | Гіпертимні          | +(«Так»): 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77 | 3       | 2,5   |
|    |     |                     | -(«Ні»): ні                             |         |       |
| 2. | Г-2 | Застягаючі, ригідні | +: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81    | 2       | 1,67  |
|    |     |                     | -: 12, 46, 59                           |         |       |
| 3. | Г-3 | Емотивні, лабільні  | +: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79,           | 3       | 2,5   |
|    |     |                     | -: 25                                   |         |       |

| №   | Код  | Шкала                         | Ключ                                         | Множник    |            |
|-----|------|-------------------------------|----------------------------------------------|------------|------------|
|     |      |                               |                                              | Гру-<br>бо | Точ-<br>но |
| 4.  | Г-4  | Педантичні                    | +: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83 | 2          | 1,67       |
|     |      |                               | -: 36                                        |            |            |
| 5.  | Г-5  | Тривожні                      | +: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82                | 3          | 2,5        |
|     |      |                               | -: 5                                         |            |            |
| 6.  | Г-6  | Циклотимні                    | +: 6, 18, 18, 40, 50, 62, 72, 84             | 3          | 2,5        |
|     |      |                               | -: ні                                        |            |            |
| 7.  | Г-7  | Демонстра-<br>тивні           | +: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88 | 2          | 1,67       |
|     |      |                               | -: 51                                        |            |            |
| 8.  | Г-8  | Неврівнова-<br>жені, збудливі | +: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86             | 3          | 2,5        |
|     |      |                               | -: ні                                        |            |            |
| 9.  | Г-9  | Дистимічні                    | +: 9, 21, 43, 75, 87                         | 3          | 2,5        |
|     |      |                               | -: 31, 53, 65                                |            |            |
| 10. | Г-10 | Екзальтовані                  | +: 10, 32, 54, 76                            | 6          | 6          |
|     |      |                               | -: ні                                        |            |            |

Максимальний показник по кожному виду акцентуації дорівнює 24 балам.

Ознакою акцентуації, тобто сильним вираженням даної властивості, вважається показник, що перевищує 12 балів.

Якщо жодна властивість не перевищує показник 12 балів, можна підрахувати середній показник по всіх властивостях і звернути увагу на ті властивості, показник яких вище цього середнього.

### ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

#### Норми для оригінальних (за Леонгардом) «ключів»

(при виборі з чотирьох варіантів відповідей)

| Фактор      | Середнє відхилення | Стандартне відхилення |
|-------------|--------------------|-----------------------|
| Циклотимія  | 0,83               | 1,41                  |
| Застрявання | 2,05               | 1,56                  |
| Педантизм   | 3,42               | 1,93                  |
| Емотивність | 5,08               | 1,28                  |
| Гіпертимія  | 6,62               | 2,85                  |

| Фактор     | Середнє відхилення | Стандартне відхилення |
|------------|--------------------|-----------------------|
| Гіпоманія  | 4,33               | 2,01                  |
| Чутливість | 1,25               | 1,44                  |
| Дистимія   | 2,10               | 1,25                  |

Нормативні дані можуть служити орієнтиром для висновків про відносну ступінь вираженості у обстежуваного акцентуацій різного типу.

#### ЛІТЕРАТУРА

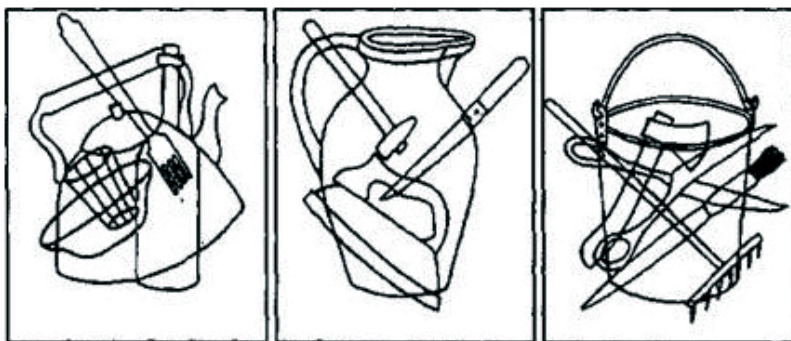
1. Psychic.at.ua – все для психолога. Режим доступу: [https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/diagnostika\\_temperamentu\\_i\\_kharakteru/metodika\\_viznachennja\\_akcentuacij\\_kharakteru\\_k\\_leongard/13-1-0-73](https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/diagnostika_temperamentu_i_kharakteru/metodika_viznachennja_akcentuacij_kharakteru_k_leongard/13-1-0-73)

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 3.1

### **Методика Р. С. Немова «Які предмети заховані в малюнках»**

**Інструкція:** Дитині пояснюють, що йому будуть показані кілька контурних малюнків, у яких ніби «заховані» багато відомих йому предметів. Далі дитині показують малюнок і просять послідовно назвати всі предмети, «заховані» у трьох його частинах. Час виконання завдання обмежується однією хвилиною. Якщо за цей час дитина не зуміла повністю виконати завдання, то його переривають. Якщо дитина впоралася із завданням швидше, ніж за 1 хвилину, то фіксують час, витрачений на виконання завдання.

#### **Стимульний матеріал**



#### **Обробка та інтерпретація результатів**

10 балів – виразно названі всі 14 об'єктів менше, ніж за 20 секунд;

8–9 – 21–30 секунд;

6–7 – 31–40 секунд.

4–5 – 41–50 секунд;

2–3 – 51–60 секунд;

0–1 – не зміг назвати всі сховані об'єкти за 1 хвилину.



За підсумками підрахунку балів експериментатор може зробити висновок про рівень **образного сприйняття дитини**:

10 балів – дуже високий;

8–9 – високий;

4–7 – середній рівень;

2–3 – нижче середнього;

0–1 – дуже низький.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 3.2

### Виключення понять

Розрізнення й розмежування різнорідних понять здійснюється на основі диференціювання корою мозку складних комплексних подразників за загальними та істотними в однорідних комплексах ознаками. Вони є основою класифікації предметів, тому що в минулому життєвому досвіді саме вони одержували відповідне підкріплення. Обстежуваному пропонують виконати завдання у двох варіантах – предметному й словесному.

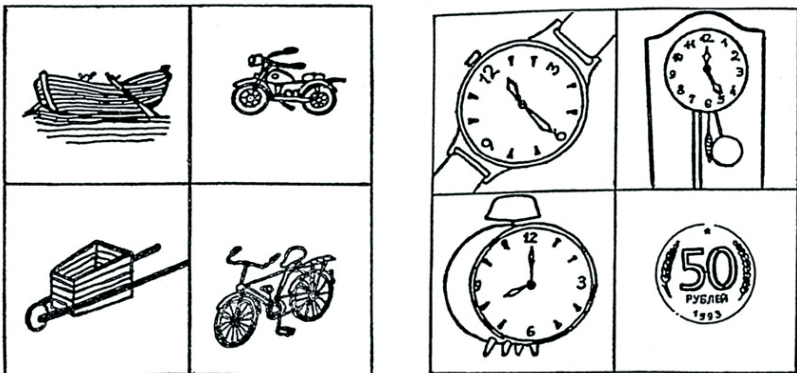
У предметному варіанті обстежуваному пропонується із чотирьох предметів виключити один предмет, що не підходить до інших трьох, подібних між собою й поєднаних одним родовим поняттям.

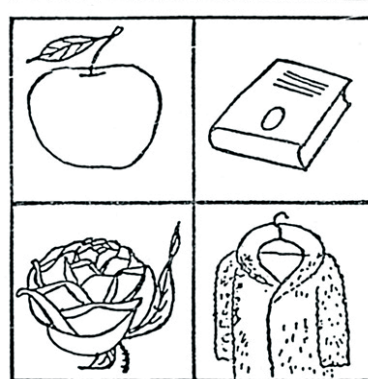
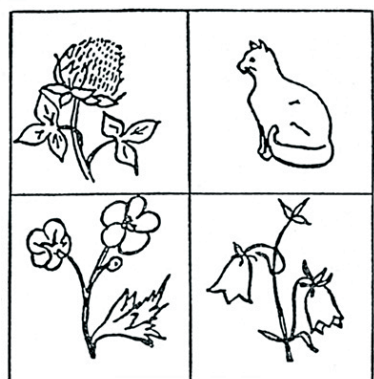
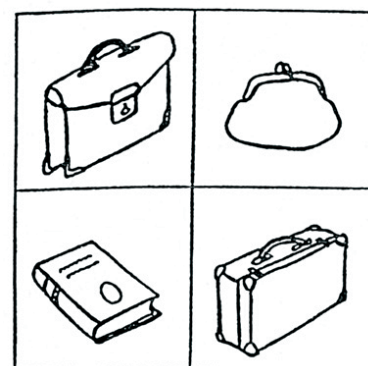
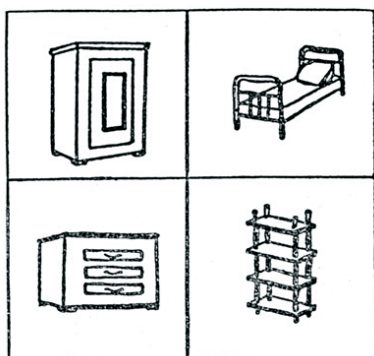
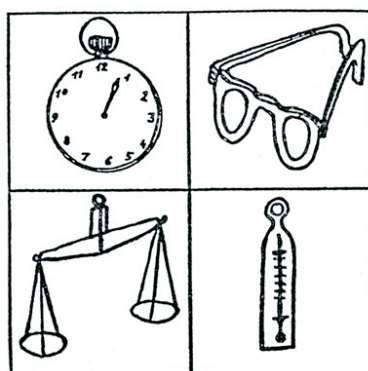
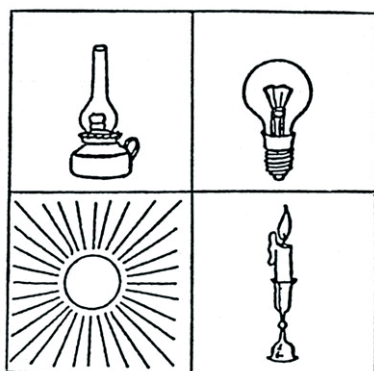
У словесному варіанті обстежуваний повинен із 5 слів по рядку назвати 4, які можуть бути об'єднані за загальною для них ознакою, і виключити одне слово, що не має цієї ознаки.

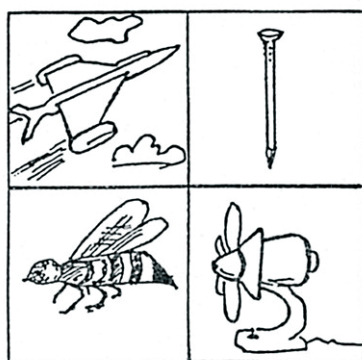
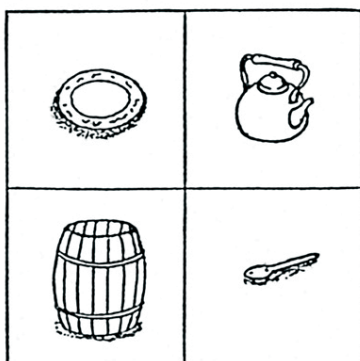
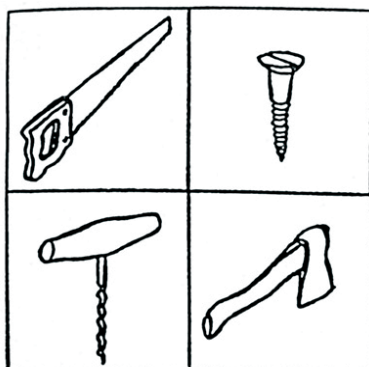
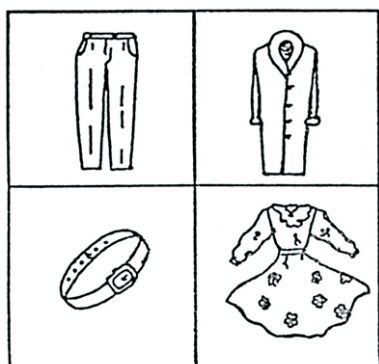
### Предметний варіант

#### Інструкція:

Подивися на ці малюнки. Тут намальовано 4 предмети, три з них між собою подібні, і їх можна назвати однією назвою, а четвертий предмет до них не підходить. Скажи, який з них зайвий і як можна назвати інші три, якщо їх об'єднати в одну групу.







## Словесний варіант

### Інструкція:

Вилучи(ть) у кожному рядку одне слово, яке не відповідає родовому поняттю (чотири слова з п'яти можна об'єднати за спільними ознаками, а одне треба вилучити).

1. Стіл, стілець, ліжка, підлога, шафа.
2. Молоко, вершки, сало, сметана, сир.
3. Черевики, чоботи, шнурки, валянки, тапочки.
4. Молоток, кліщі, пила, цвях, сокира.
5. Солодкий, гарячий, кислий, гіркий, солоний.
6. Береза, сосна, дерево, дуб, ялина.
7. Літак, віз, людина, корабель, велосипед.
8. Василь, Федір, Семен, Іванов, Петро.
9. Сантиметр, метр, кілограм, кілометр, міліметр.
10. Токар, учитель, лікар, книга, космонавт.
11. Глибокий, високий, світлий, низький, дрібний.
12. Будинок, мрія, машина, корова, дерево.
13. Скоро, швидко, поступово, квапливо, поспішно.
14. Невдача, хвилювання, поразка, провал, крах.
15. Ненавидіти, зневажати, обурюватися, нехтувати, розуміти.
16. Успіх, невдача, удача, виграш, спокій.
17. Сміливий, хоробрий, рішучий, злий, відважний.
18. Футбол, волейбол, хокей, плавання, баскетбол.
19. Грабіж, крадіжка, землетрус, підпал, напад.
20. Олівець, ручка, рейсфедер, фломастер, чорнило.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Атлас для експериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / И. А. Полищук, А. Е. Видренко. – Киев : «Здоров'я», 1979. – 124 с.
2. Исключение лишнего / Альманах психологических тестов. М., 1995, С. 143–152.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 3.3

### *Прогресивні матриці Равена*

Тест містить невербальні завдання, що дуже важливо, оскільки на результати менше впливають набуті обстежуваним внаслідок освіти і життєвого досвіду знання.

Тест складається із 60 таблиць (5 серій). У кожній серії таблиць завдання ускладнюються.

**Серія А** – використано принцип встановлення взаємозв'язку в структурі матриць. Тут завдання полягає в доповненні частини, якої не вистачає, основного зображення – одним із наведених в кожній таблиці фрагментів.

**Серія В** – побудована за принципом аналогії між парами фігур. Обстежуваний повинен знайти принцип, відповідно до якого побудована в кожному окремому випадку фігура, і виходячи з цього підбирати фрагмент, якого не вистачає. При цьому важливо визначити вісь симетрії, згідно з якою розташовані фігури в основному зразку.

**Серія С** – побудована за принципом прогресивних змін у фігурах матриць. Ці фігури в межах однієї матриці все більше ускладнюються, ніби відбувається їх безперервний розвиток.

**Серія D** – побудована за принципом перегруповання фігур у матриці. Обстежуваний повинен знайти це перегруповання, яке відбувається в горизонтальному і вертикальному положеннях.

**Серія Е** – в основі лежить принцип розкладу фігур основного зображення на елементи. Фігуру, якої не вистачає, можна знайти, зрозумівши принцип аналізу та синтезу.

#### **Процедура дослідження**

Тест суворо регламентований у часі – 20 хвилин. Для того, щоб дотримуватися часу, необхідно стежити за тим, щоб до команди: «Приступити до виконання тесту» ніхто не відкривав таблиці і не підглядав. *Через 20 хвилин* звучить команда: «Всім закрити таблиці».

### Інструкція:

Перед Вами в тестовому зошиті міститься 60 завдань. Всі завдання розділені на 5 груп, які називаються серіями і позначені літерами А, В, С, D, Е. У кожній серії 12 завдань.

Завдання складено так, щоб на початку кожної серії розташовувалися легші завдання, а в кінці тяжчі. У кожному завданні у великій рамці міститься зразок, складений з певних фігур. Ці фігури або малюнки складені не хаотично, а згідно певної закономірності. Цю закономірність Ви повинні в кожному завданні з'ясувати.

У кожному великому зразку відсутня частина або остання фігура. Ви повинні знайти фігуру, якою потрібно правильно доповнити великий зразок (матрицю) згідно закономірності, яку Ви при вирішенні завдання виявили.

Фігури або зразки, серед яких є і потрібна для доповнення верхнього зображення фігура, позначені числами 1–6 або 1–8. Номер тієї фігури, якою слід доповнити велике зображення у верхній рамці, потрібно записати у відповідну комірку бланка.

Будьте уважні. Переходьте послідовно від завдання до завдання, дотримуйте черговості завдань і не пропускайте (НЕ перескакуйте) жодне завдання. Якщо якесь завдання не знаєте, як вирішити, вгадайте, яка з фігур (зображень) під великою рамкою могла б потрапити на порожнє місце зразка.

### Бланк відповідей

Прізвище, ім'я учня \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Клас \_\_\_\_\_

| № з/п | А | В | С | D | Е |
|-------|---|---|---|---|---|
| 1     |   |   |   |   |   |
| 2     |   |   |   |   |   |
| 3     |   |   |   |   |   |
| ...   |   |   |   |   |   |
| 12    |   |   |   |   |   |

## Інтерпретація результатів

Кожне правильно вирішене завдання оцінюється 1 балом. Потім підраховується загальна кількість балів за всіма таблицями і за окремими серіями.

Отриманий загальний показник розглядається як «індекс інтелектуальної сили», розумової працездатності обстежуваного. Показники виконання завдань за окремими серіями порівнюються із середньостатистичними (табл. 1). Враховуючи різницю між результатами, отриманими в кожній серії, і контрольними, отриманими при дослідженні великих груп здорових обстежуваних, можна зробити висновок про надійність отриманих результатів.

Отриманий сумарний показник за таблицею 2 переводиться у відсотковий. При цьому за спеціальною шкалою розрізняють п'ять ступенів інтелектуального рівня:

I ступінь – *більше 95 %* – високий інтелект;

II ступінь – *75–94 %* – інтелект вище середнього;

III ступінь – *25–74 %* – середній інтелект;

IV ступінь – *5–24 %* – інтелект нижче середнього;

V ступінь – *менше 5 %* – дефект.

### Ключ до тесту

| № | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| A | 4 | 5 | 1 | 2 | 6 | 3 | 6 | 2 | 1 | 3  | 4  | 5  |
| B | 2 | 6 | 1 | 2 | 1 | 3 | 5 | 6 | 4 | 3  | 4  | 5  |
| C | 8 | 2 | 3 | 8 | 7 | 4 | 5 | 1 | 7 | 6  | 1  | 2  |
| D | 3 | 4 | 3 | 7 | 8 | 6 | 5 | 4 | 1 | 2  | 5  | 6  |
| E | 7 | 6 | 8 | 2 | 1 | 5 | 1 | 6 | 3 | 2  | 4  | 5  |

Таблиця 1

### Нормальна композиція балів

| Очіку-<br>ване<br>число за<br>кожною<br>серією | Сума балів |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------------------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|                                                |            | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 |
|                                                | A          | 6  | 8  | 9  | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 12 | 12 |
|                                                | B          | 2  | 4  | 6  | 7  | 8  | 8  | 9  | 10 | 11 | 11 |
|                                                | C          | 1  | 2  | 3  | 4  | 6  | 7  | 8  | 10 | 10 | 11 |
|                                                | D          | 1  | 1  | 2  | 3  | 4  | 7  | 9  | 9  | 10 | 11 |
| E                                              | 0          | 0  | 0  | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 7  | 10 |



Таблиця 2

**Сумарний процент за результатами досліджень  
(Вибірка –5857 осіб)**

| %  | Вік (у роках) |    |    |    |    |    |    |
|----|---------------|----|----|----|----|----|----|
|    | 14            | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| 95 | 53            | 55 | 55 | 54 | 53 | 52 | 50 |
| 90 | 52            | 54 | 54 | 53 | 51 | 49 | 47 |
| 75 | 48            | 49 | 49 | 47 | 45 | 43 | 41 |
| 50 | 44            | 44 | 44 | 42 | 40 | 38 | 35 |
| 25 | 38            | 37 | 37 | 34 | 30 | 27 | 24 |
| 10 | 28            | 28 | 28 | 25 |    |    |    |
| 5  | 23            | 23 | 23 | 19 |    |    |    |

Наступний етап оцінки загальних результатів за Стандартними матрицями Равена полягає в перекладі «сирого» бала в стандартизований – коефіцієнт IQ. Такий переклад доцільний у випадках необхідності порівняння результатів даного тесту з іншими методами вивчення розумових здібностей (тест Векслера, тест «Доміно» А. Енстєя тощо). Таблиця 3 містить вже готові показники IQ згідно числу отриманих обстежуваним відповідного віку «сирих» балів.

Таблиця 3

| Кількість<br>«сирих»<br>балів | Вік у роках |     |    |     |    |      |    |      |    |      |    |      |       |
|-------------------------------|-------------|-----|----|-----|----|------|----|------|----|------|----|------|-------|
|                               | 8           | 8,5 | 9  | 9,5 | 10 | 10,5 | 11 | 11,5 | 12 | 12,5 | 13 | 13,5 | 16-30 |
| 1                             | 73          | 68  | 65 | 59  | 57 | 53   | 53 | 50   | 48 | 46   | 46 | 46   | -     |
| 2                             | 74          | 70  | 67 | 61  | 56 | 56   | 54 | 51   | 49 | 49   | 48 | 47   | -     |
| 3                             | 76          | 72  | 68 | 62  | 60 | 57   | 55 | 53   | 51 | 50   | 49 | 49   | -     |
| 4                             | 77          | 73  | 70 | 64  | 61 | 59   | 57 | 54   | 52 | 51   | 50 | 50   | -     |
| 5                             | 79          | 75  | 71 | 65  | 60 | 58   | 55 | 53   | 53 | 52   | 52 | 51   | -     |
| 6                             | 81          | 76  | 73 | 67  | 64 | 61   | 59 | 57   | 55 | 54   | 53 | 52   | -     |
| 7                             | 82          | 78  | 74 | 68  | 66 | 63   | 61 | 58   | 56 | 55   | 54 | 54   | -     |
| 8                             | 84          | 79  | 76 | 70  | 67 | 64   | 62 | 60   | 57 | 57   | 55 | 55   | -     |
| 9                             | 85          | 81  | 77 | 71  | 69 | 66   | 64 | 61   | 59 | 58   | 57 | 56   | -     |
| 10                            | 87          | 83  | 79 | 73  | 70 | 67   | 65 | 62   | 60 | 59   | 59 | 57   | 55    |
| 11                            | 89          | 84  | 80 | 74  | 72 | 69   | 66 | 64   | 61 | 61   | 61 | 59   | 57    |

| Кількість<br>«сирих»<br>балів | Вік у роках |     |     |     |     |      |     |      |     |      |     |      |       |
|-------------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|
|                               | 8           | 8,5 | 9   | 9,5 | 10  | 10,5 | 11  | 11,5 | 12  | 12,5 | 13  | 13,5 | 16-30 |
| 12                            | 90          | 86  | 82  | 76  | 73  | 70   | 68  | 65   | 64  | 62   | 60  | 60   | 58    |
| 13                            | 92          | 87  | 83  | 77  | 75  | 71   | 69  | 67   | 64  | 63   | 62  | 61   | 59    |
| 14                            | 93          | 89  | 79  | 75  | 73  | 71   | 69  | 68   | 65  | 65   | 63  | 62   | 61    |
| 15                            | 95          | 90  | 86  | 80  | 78  | 74   | 72  | 69   | 67  | 66   | 64  | 64   | 62    |
| 16                            | 97          | 92  | 88  | 82  | 79  | 76   | 73  | 72   | 68  | 67   | 66  | 65   | 65    |
| 17                            | 98          | 95  | 89  | 83  | 81  | 77   | 75  | 72   | 69  | 69   | 67  | 66   | 65    |
| 18                            | 100         | 95  | 91  | 85  | 82  | 79   | 76  | 74   | 71  | 70   | 68  | 67   | 66    |
| 19                            | 101         | 97  | 92  | 86  | 84  | 80   | 78  | 75   | 72  | 71   | 69  | 69   | 67    |
| 20                            | 103         | 98  | 94  | 88  | 85  | 81   | 79  | 76   | 73  | 72   | 71  | 70   | 69    |
| 21                            | 104         | 100 | 95  | 89  | 87  | 83   | 80  | 78   | 75  | 74   | 72  | 71   | 70    |
| 22                            | 105         | 101 | 97  | 91  | 88  | 84   | 82  | 79   | 76  | 75   | 73  | 72   | 71    |
| 23                            | 107         | 103 | 98  | 92  | 90  | 86   | 83  | 81   | 77  | 76   | 74  | 74   | 72    |
| 24                            | 108         | 104 | 100 | 94  | 91  | 87   | 85  | 82   | 79  | 78   | 76  | 75   | 74    |
| 25                            | 109         | 106 | 101 | 95  | 93  | 89   | 86  | 83   | 80  | 79   | 77  | 76   | 75    |
| 26                            | 110         | 107 | 103 | 97  | 94  | 90   | 87  | 85   | 81  | 80   | 78  | 77   | 76    |
| 27                            | 112         | 108 | 104 | 98  | 96  | 91   | 89  | 86   | 83  | 82   | 80  | 79   | 77    |
| 28                            | 113         | 110 | 106 | 100 | 97  | 93   | 90  | 88   | 83  | 83   | 81  | 80   | 79    |
| 29                            | 114         | 111 | 107 | 102 | 99  | 94   | 92  | 89   | 85  | 84   | 82  | 81   | 80    |
| 30                            | 116         | 113 | 109 | 103 | 100 | 96   | 93  | 90   | 87  | 86   | 83  | 82   | 82    |
| 31                            | 117         | 114 | 110 | 105 | 102 | 97   | 94  | 92   | 85  | 85   | 85  | 84   | 83    |
| 32                            | 118         | 115 | 112 | 106 | 103 | 99   | 96  | 96   | 93  | 86   | 86  | 85   | 84    |
| 33                            | 120         | 117 | 113 | 108 | 104 | 100  | 97  | 95   | 91  | 90   | 87  | 86   | 86    |
| 34                            | 121         | 118 | 115 | 113 | 105 | 102  | 99  | 96   | 92  | 91   | 88  | 87   | 87    |
| 35                            | 122         | 120 | 116 | 111 | 107 | 103  | 100 | 97   | 93  | 92   | 90  | 89   | 89    |
| 36                            | 123         | 121 | 118 | 112 | 109 | 105  | 102 | 99   | 95  | 93   | 91  | 90   | 90    |
| 37                            | 125         | 122 | 119 | 114 | 110 | 107  | 104 | 100  | 96  | 95   | 92  | 91   | 91    |
| 38                            | 126         | 124 | 121 | 115 | 112 | 108  | 105 | 102  | 97  | 96   | 94  | 92   | 92    |
| 39                            | 127         | 125 | 122 | 117 | 115 | 110  | 107 | 104  | 99  | 97   | 95  | 94   | 94    |
| 40                            | 129         | 127 | 124 | 118 | 115 | 112  | 109 | 106  | 100 | 99   | 96  | 95   | 95    |
| 41                            | 130         | 128 | 125 | 120 | 117 | 113  | 111 | 108  | 102 | 100  | 91  | 96   | 96    |
| 42                            | 133         | 129 | 127 | 121 | 118 | 115  | 112 | 109  | 104 | 102  | 99  | 97   | 97    |
| 43                            | 132         | 131 | 128 | 123 | 120 | 117  | 114 | 111  | 106 | 104  | 100 | 99   | 99    |
| 44                            | 134         | 132 | 130 | 125 | 121 | 118  | 116 | 113  | 108 | 106  | 102 | 100  | 100   |

| Кількість<br>«сирих»<br>балів | Вік у роках |     |     |     |     |      |     |      |     |      |     |      |       |
|-------------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|
|                               | 8           | 8,5 | 9   | 9,5 | 10  | 10,5 | 11  | 11,5 | 12  | 12,5 | 13  | 13,5 | 16-30 |
| 45                            | 135         | 134 | 131 | 126 | 123 | 120  | 118 | 115  | 110 | 109  | 105 | 102  | 102   |
| 46                            | 136         | 135 | 133 | 127 | 125 | 122  | 120 | 117  | 112 | 111  | 107 | 105  | 104   |
| 47                            | 138         | 136 | 134 | 129 | 126 | 123  | 121 | 119  | 114 | 113  | 109 | 107  | 106   |
| 48                            | 139         | 138 | 136 | 130 | 128 | 125  | 123 | 121  | 116 | 115  | 110 | 110  | 108   |
| 49                            | 140         | 139 | 137 | 132 | 129 | 127  | 125 | 123  | 118 | 117  | 114 | 112  | 110   |
| 50                            | 142         | 141 | 139 | 133 | 131 | 128  | 127 | 124  | 120 | 119  | 116 | 115  | 112   |
| 51                            | 143         | 142 | 140 | 135 | 133 | 130  | 128 | 127  | 122 | 121  | 118 | 117  | 114   |
| 52                            | 144         | 143 | 142 | 136 | 134 | 132  | 130 | 128  | 124 | 123  | 121 | 120  | 116   |
| 53                            | 146         | 144 | 143 | 138 | 136 | 133  | 132 | 130  | 126 | 126  | 123 | 122  | 118   |
| 54                            | 147         | 146 | 145 | 139 | 137 | 135  | 134 | 132  | 128 | 128  | 125 | 123  | 120   |
| 55                            | 148         | 148 | 146 | 141 | 139 | 137  | 136 | 134  | 130 | 130  | 127 | 127  | 122   |
| 56                            | 149         | 149 | 148 | 142 | 142 | 138  | 137 | 136  | 132 | 132  | 130 | 130  | 124   |
| 57                            | 151         | 150 | 148 | 144 | 142 | 140  | 139 | 138  | 134 | 134  | 132 | 132  | 126   |
| 58                            | 152         | 152 | 151 | 145 | 144 | 141  | 141 | 139  | 136 | 136  | 134 | 134  | 128   |
| 59                            | 153         | 153 | 152 | 147 | 145 | 145  | 143 | 141  | 138 | 138  | 137 | 137  | 130   |
| 60                            | 155         | 155 | 154 | 148 | 147 | 147  | 144 | 143  | 140 | 139  | 139 | 139  | 130   |

Для осіб більш старшого віку IQ рахується за формулою, в яку % підставляється з відповідної вікової групи, наведеної у таблиці 4.

$$IQ = \frac{IQ \text{ вік}}{\%} \times 100.$$

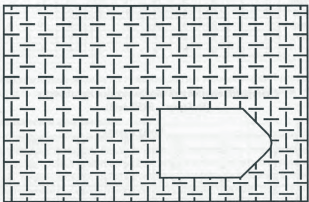
Таблиця 4

| Вік | 16-30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
|-----|-------|----|----|----|----|----|----|
| %   | 100   | 97 | 93 | 88 | 82 | 76 | 70 |

## СТИМУЛЬНИЙ МАТЕРІАЛ

Завдання до тесту Равена

$A_1$

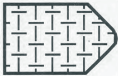


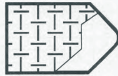
1 2 3



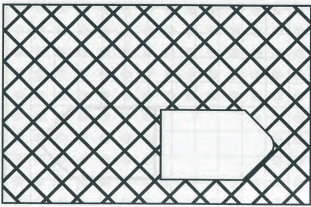


4 5 6





$A_2$



1 2 3



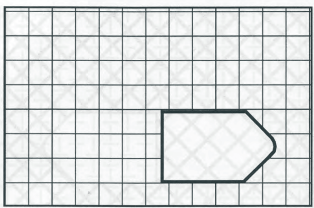


4 5 6





$A_3$



1 2 3



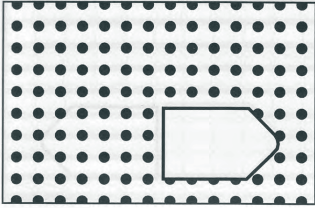


4 5 6





$A_4$



1 2 3



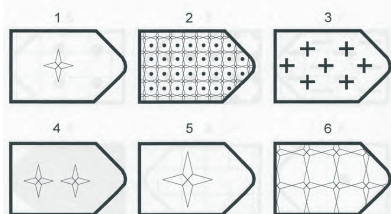
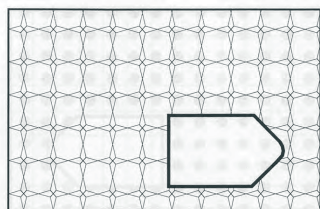


4 5 6

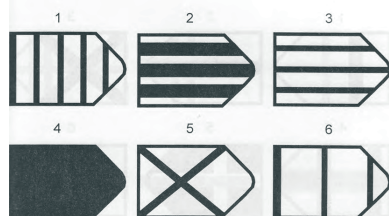
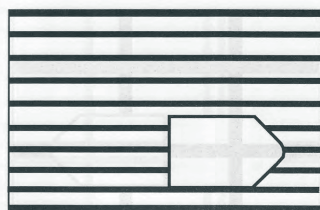




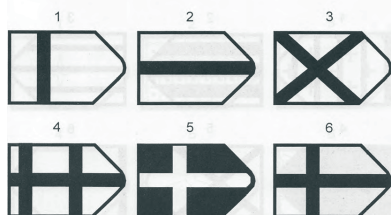
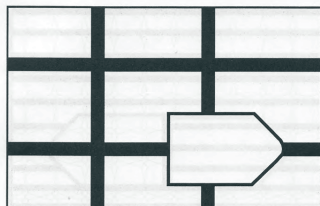
A<sub>6</sub>



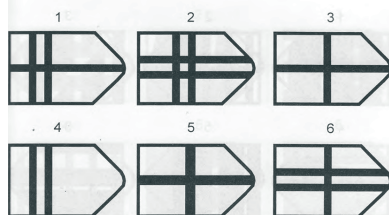
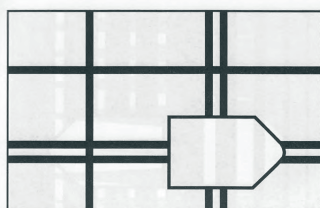
A<sub>6</sub>

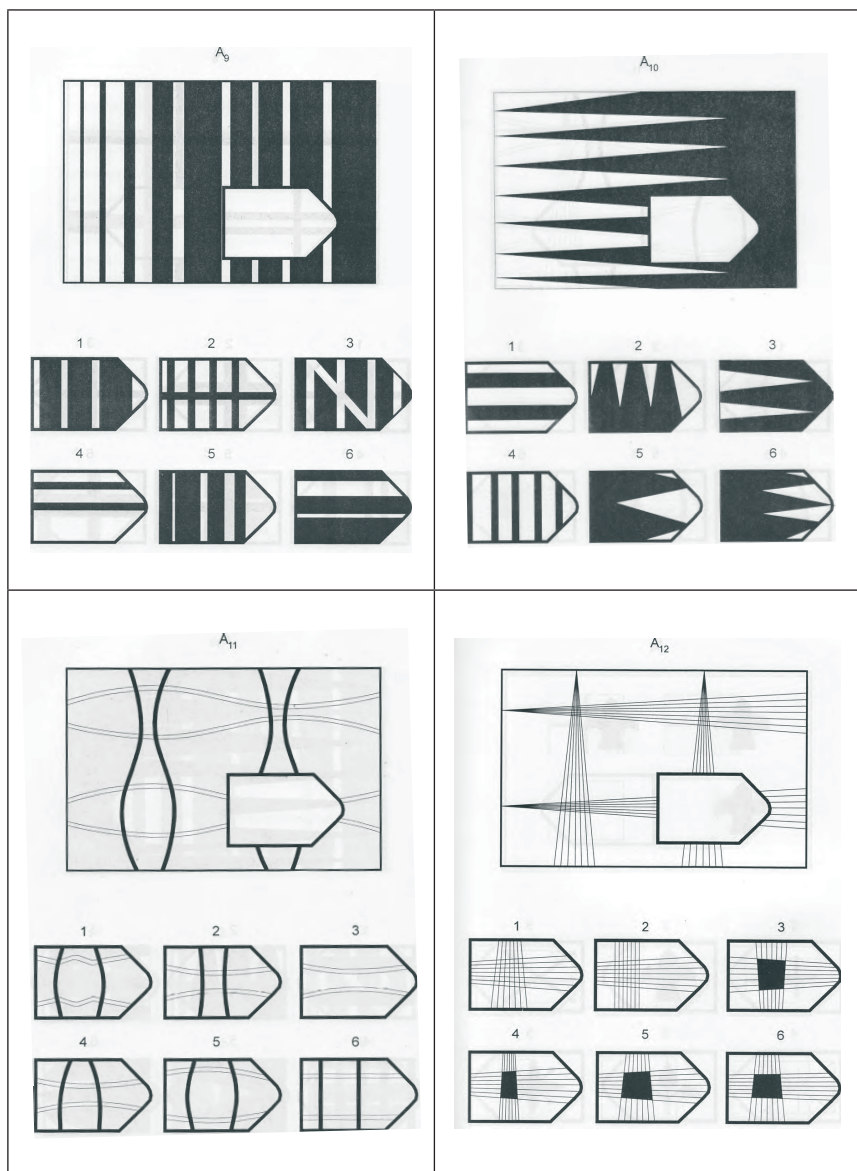


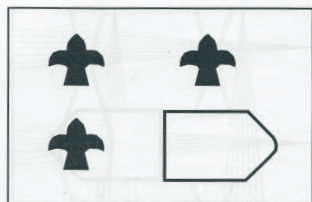
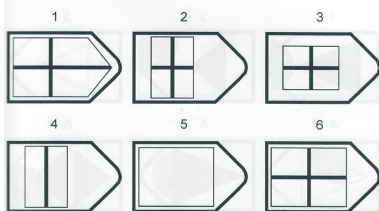
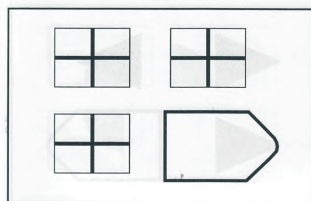
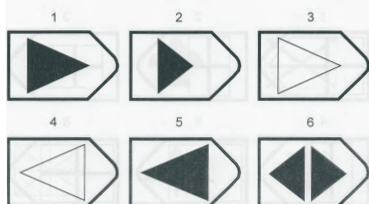
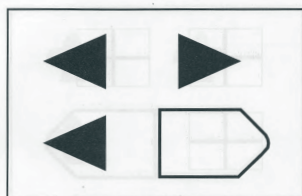
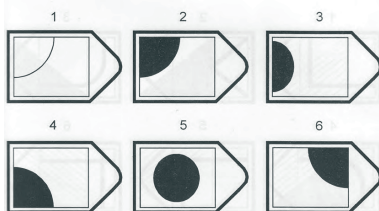
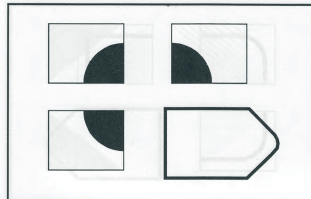
A<sub>7</sub>



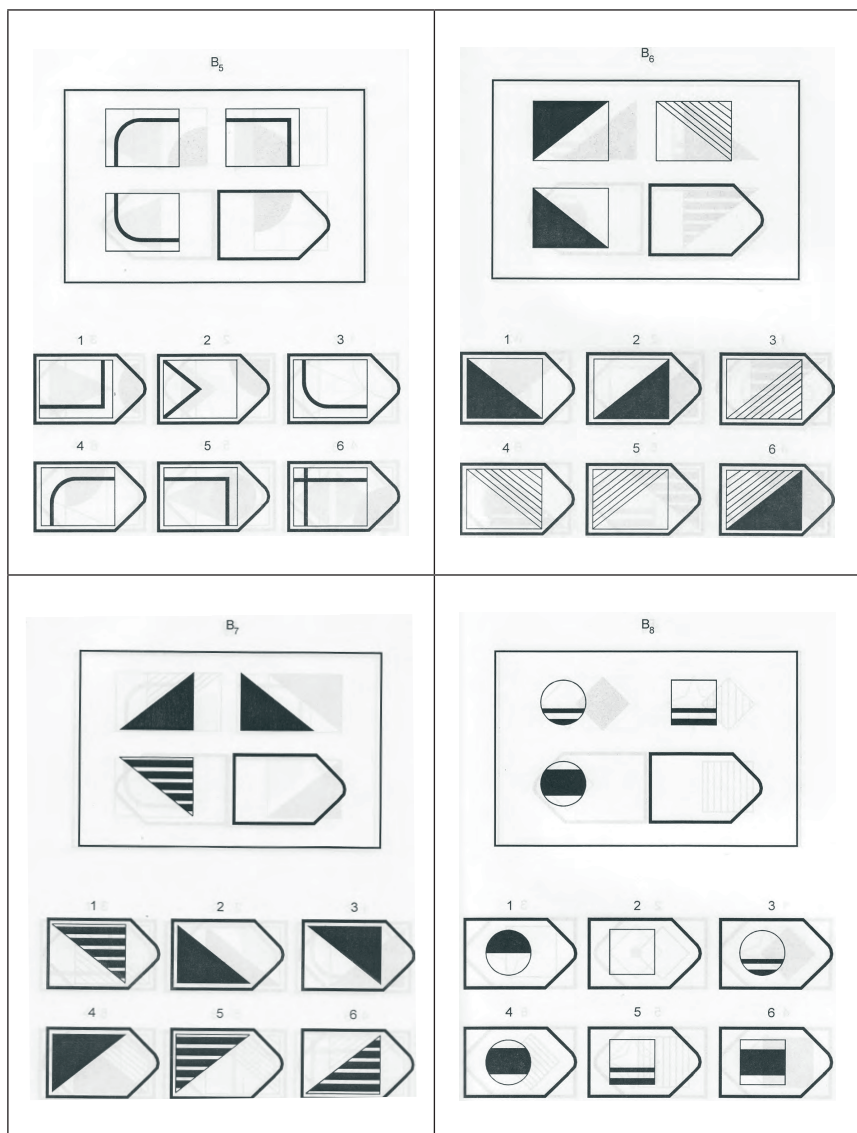
A<sub>8</sub>





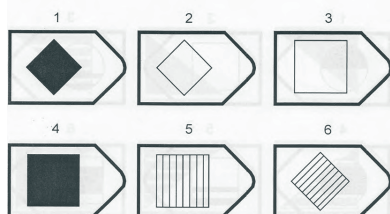
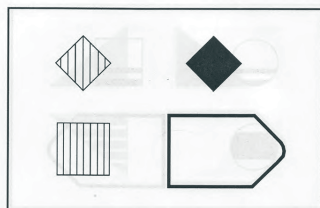
B<sub>1</sub>B<sub>2</sub>B<sub>3</sub>B<sub>4</sub>



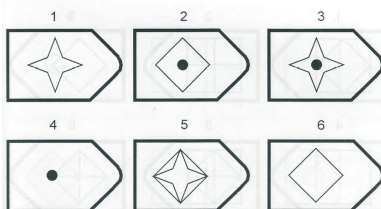
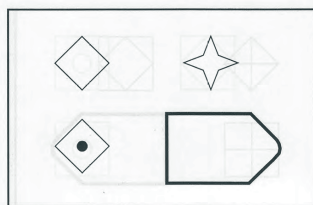




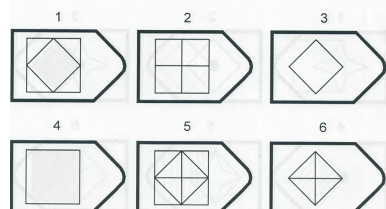
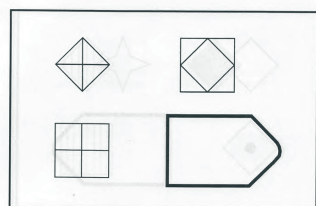
B<sub>9</sub>



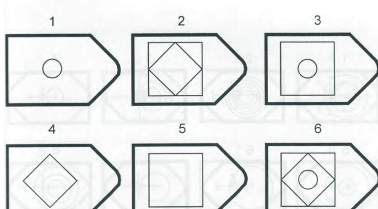
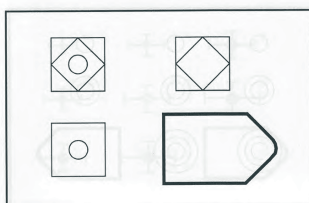
B<sub>10</sub>

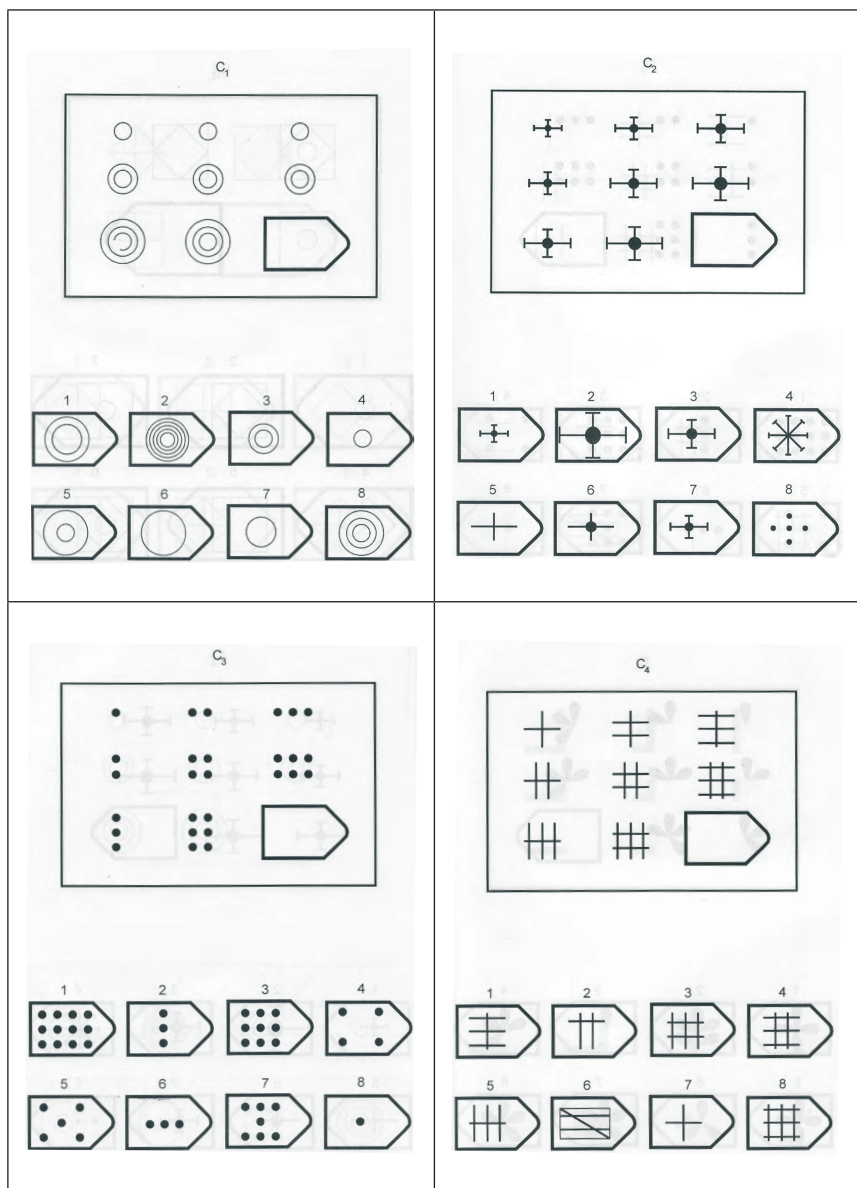


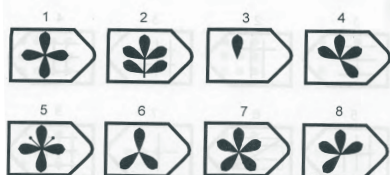
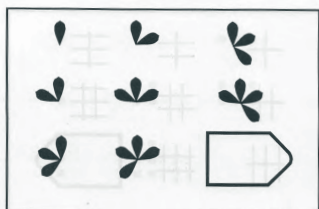
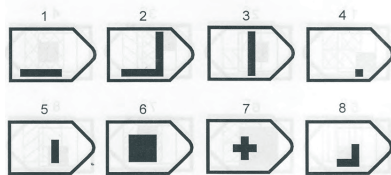
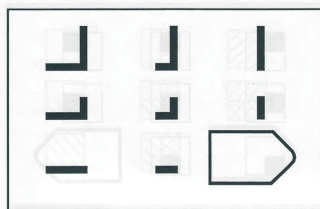
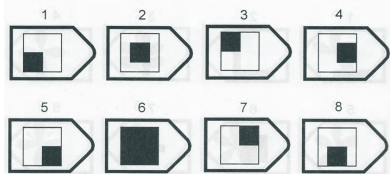
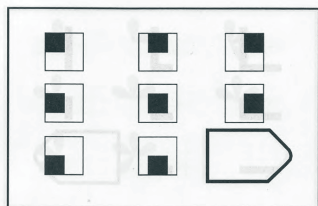
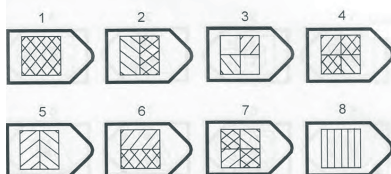
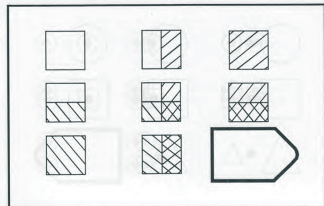
B<sub>11</sub>

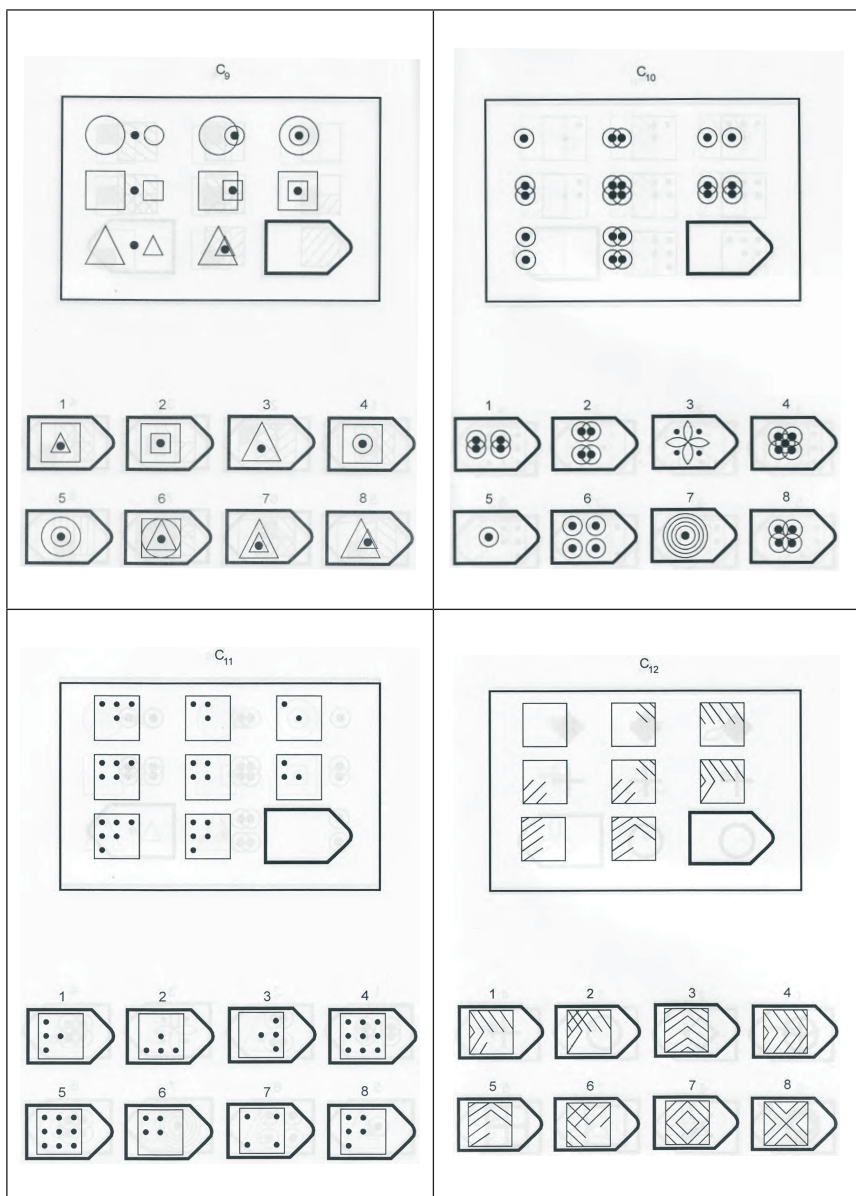


B<sub>12</sub>

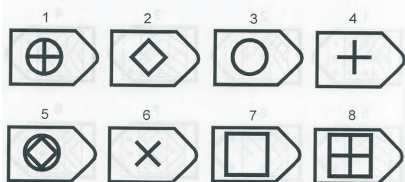
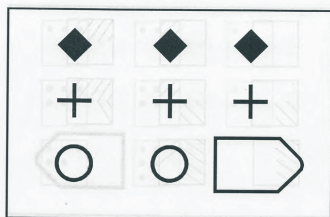




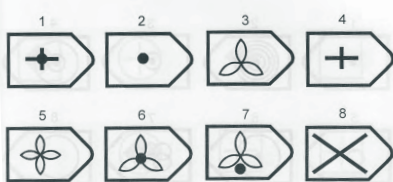
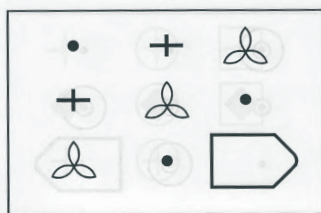
C<sub>5</sub>C<sub>6</sub>C<sub>7</sub>C<sub>8</sub>



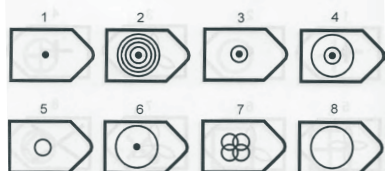
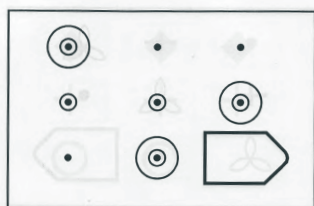
D<sub>1</sub>



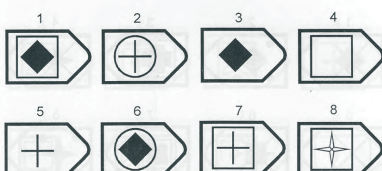
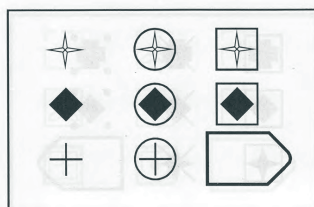
D<sub>2</sub>

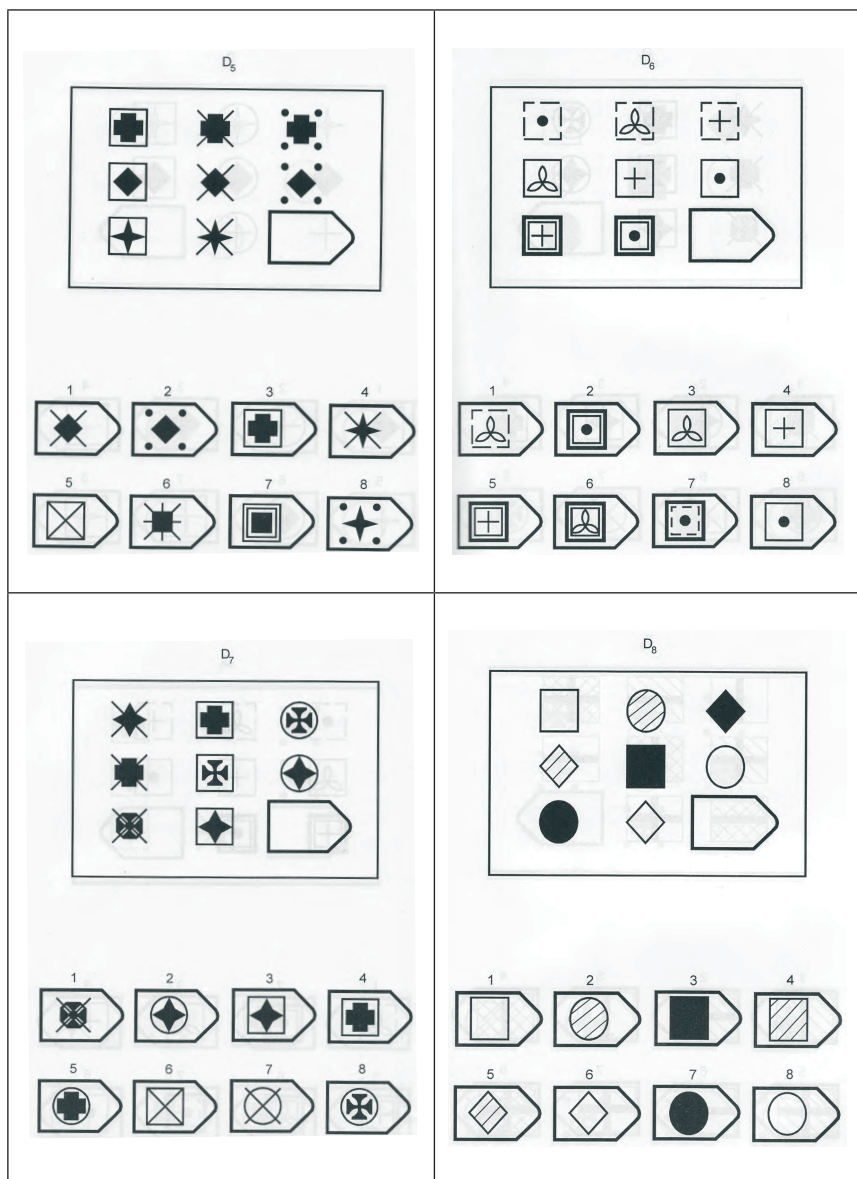


D<sub>3</sub>



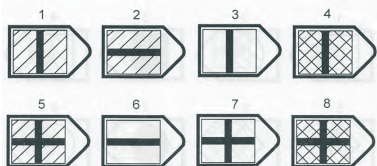
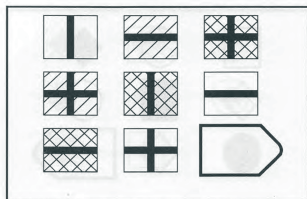
D<sub>4</sub>



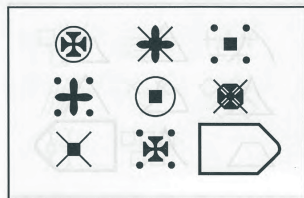




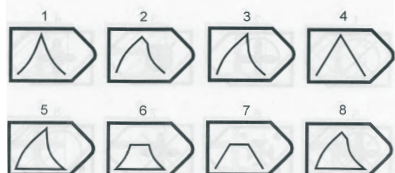
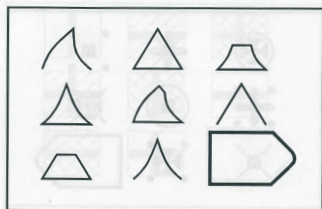
D<sub>9</sub>



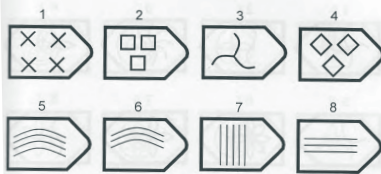
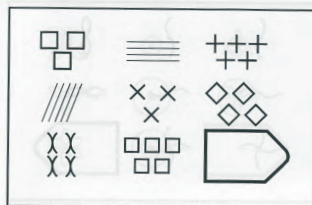
D<sub>10</sub>

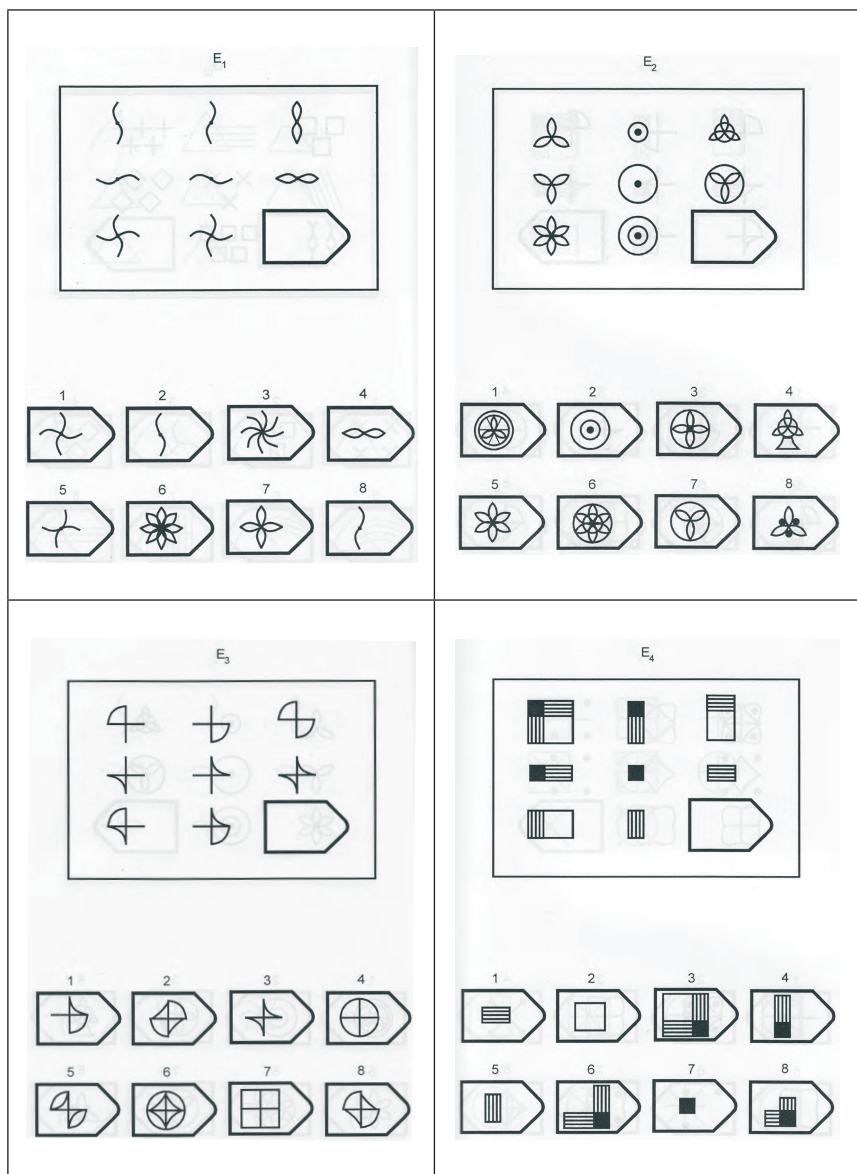


D<sub>11</sub>



D<sub>12</sub>





$E_3$

1

2

3

4

5

6

7

8

$E_4$

1

2

3

4

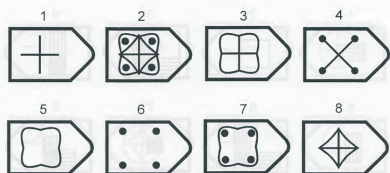
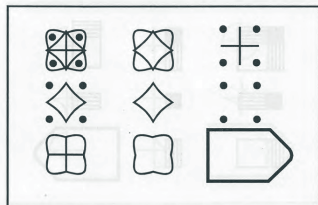
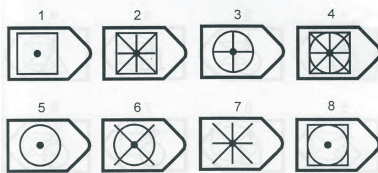
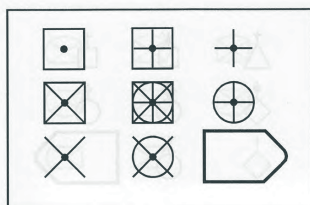
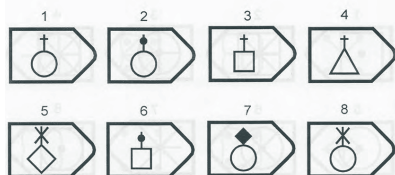
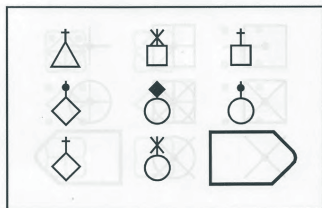
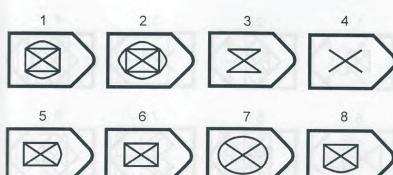
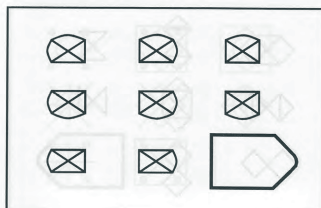
5

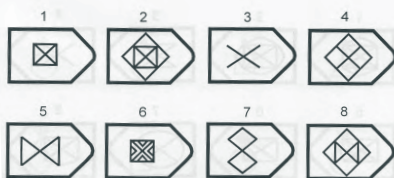
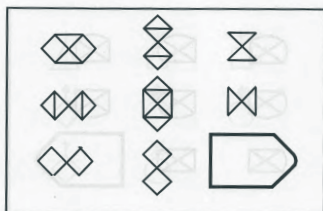
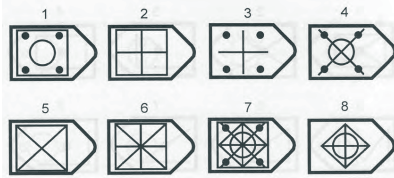
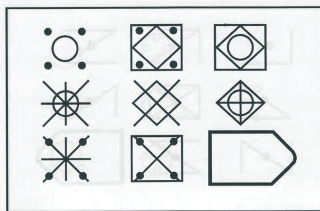
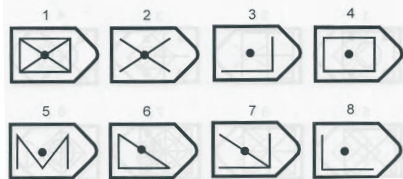
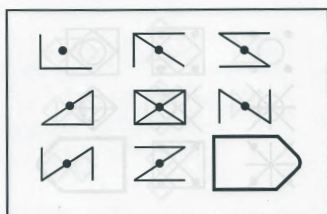
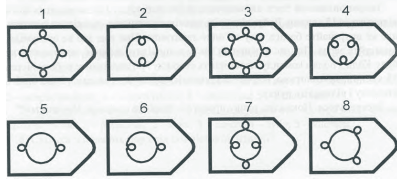
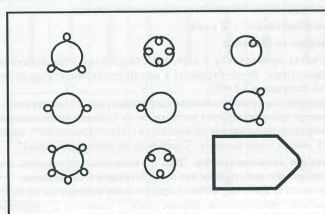
6

7

8



$E_5$ 

 $E_6$ 

 $E_7$ 

 $E_8$ 


$E_9$ 

 $E_{10}$ 

 $E_{11}$ 

 $E_{12}$ 


## ЛІТЕРАТУРА

1. Шапарь В. Б. Практическая психология. Инструментарий / В. Б. Шапарь. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 768 с. – (Серия «Учебники для высшей школы»).
2. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник [Текст] / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – 616 с.: іл.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 4.1

### **Шкала оцінки тяжкості коми Глазго (The Glasgow Coma Scale, GCS)**

#### **Відкривання очей (E. Eye response)**

- Довільний – 4 бали
- Як реакція на вербальний стимул – 3 бали
- Як реакція на болюче подразнення – 2 бали
- Відсутня – 1 бал

#### **Мовна реакція (V. Verbal response)**

- Хворий орієнтований, швидко і правильно відповідає на поставлене запитання – 5 балів
- Хворий дезорієнтований, сплутана мова – 4 бали
- Словесна окрошка, відповідь за змістом не відповідає питанню – 3 бали
- Невиразні звуки у відповідь на поставлене запитання – 2 бали
- Відсутність мови – 1 бал

#### **Рухова реакція (M. Motor response)**

- Виконання рухів по команді – 6 балів
- Цілеспрямований рух у відповідь на болюче подразнення (відштовхування) – 5 балів
- Відсмикування кінцівки у відповідь на болюче подразнення – 4 бали
- Патологічне згинання у відповідь на болюче подразнення – 3 бали
- Патологічне розгинання у відповідь на болюче подразнення – 2 бали
- Відсутність рухів – 1 бал

*Наприклад:* GCS 10 = E 2 V5 M 3 – 17.15, тобто загальна кількість балів – 10, що відповідає сопору; за шкалою відкривання очей – 2 бали, мовна реакція – 5 балів, рухова реакція – 3 бали; оцінювання стану проводилось о 17.45.

### **Інтерпретація отриманих результатів за шкалою коми Глазго:**

- 15 балів – свідомість ясна
- 14 балів – легке оглушення
- 13 балів – помірне оглушення
- 12 балів – глибоке оглушення
- 11–9 балів – сопор
- 8–7 балів – помірна кома
- 6–5 балів – глибока кома
- 4–3 бали – позамежна кома, смерть мозку

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. The Lancet. 1974 Jul 13;304(7872):81-4.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 4.2*****Експрес-діагностика некерованої емоційної збудливості  
(В. В. Бойко)***

**Інструкція:** Пацієнту пропонується прочитати список із 12 тверджень та обрати відповідь «так», якщо твердження співпадає з його особливостями чи «ні», якщо не співпадає.

**Бланк опитувальника:**

1. Ви зазвичай висловлюєте свої думки людям відверто, не особливо замислюючись над вибором слів і виразів.
2. Ви швидко починаєте злитися або впадати в гнів.
3. Ви можете вдарити кривдника, який образив вас.
4. Після прийому невеликої дози алкоголю Ви стаєте нестриманим.
5. Ви можете стати різким або нагубити, коли зачеплять Ваше самолюбство.
6. У дитинстві Ви тікали з дому, образившись на батьків.
7. Ви ображаєтеся через дрібниці.
8. Перед важливою зустріччю, подією Ви дуже хвилюєтеся, нервуєте.
9. Під впливом емоцій Ви можете сказати таке, про що потім будете шкодувати.
10. У збудженому стані Ви погано контролюєте свої дії (можете бити посуд, жбурляти речі, ламати предмети).
11. Вам доводилося розплачуватися за свою запальність (вас карали, оголошували догану, Вас покидали друзі тощо).
12. Нерідко Ви швидко купуєте вподобану вам річ, не встигнувши розглянути і оцінити її як слід, і виявляється, що купили не те, що треба.

**Обробка і інтерпретація результатів тесту:**

За кожен позитивну відповідь нараховується бал.

10–12 балів – некерована емоційна збудливість.

5–9 балів – окремі ознаки імпульсивності.

4 бали і менше – відсутність імпульсивності.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 4.3

### **Коректурна проба Б. Бурдона (варіант А. Н. Вороніна)**

Тест дозволяє виявити коливання уваги по відношенню до одноманітних зорових подразників в умовах тривалого перенавантаження зорового аналізатора. Коректурна проба Бурдона – це спеціальний бланк з рядками розташованих у випадковому порядку літер. Бланк «коректурної проби із захованими словами» А. Н. Вороніна складається з 50 літер у рядку (всього 2000 знаків).

Пацієнту надається наступна **інструкція**: «На бланку надруковані літери. Ви повинні уважно переглянути кожен рядок і відшукати літери «**к**» та «**р**», закреслюючи їх. Робити це треба швидко та точно». Кожні 30 секунд за знаком експериментатора обстежуваний ставить позначку «|» (вертикальну риску), загальний час – 10 хвилин.

Після закінчення обстеження можливо отримати наступні результати:

**продуктивність уваги** – дорівнює кількості переглянутих літер за 10 хвилин;

**точність** – розраховується за формулою:  $P = m : n \times 100 \%$ , де  $K$  – точність;  $n$  – кількість усіх літер, які треба було закреслити;  $m$  – кількість літер, які були вірно закреслені.

**концентрація уваги** – оцінюється за формулою:  $K = S \times S / (n+1)$ , де  $S$  – число рядків, які встиг переглянути пацієнт;  $n$  – число помилок.

**стійкість уваги** – оцінюється за зміною швидкості вибору (за часом, який витрачається на пошук необхідної літери):  $A = S / t$ , де  $A$  – темп виконання завдання;  $S$  – кількість знаків у переглянутій частині стимульного матеріалу;  $t$  – час виконання тесту.

Нормальні показники для здорових індивідів дорівнюють 10–15 помилок за 10 хвилин.

Бланк коректурної проби:

оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряцп  
лкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфшьйшьюхэчфцплкдзтжб  
смвыгутжбшряоецаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш  
оенаисмвыгцплкдзтжбшряюхэчфьщйюхэчфьйщаплктжбшдз  
тжбшрясмвыгуоенаицплкдзюхэчфрящйшьйюхэчфцплкдзтж  
смвыгуттжбшряоенаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш  
йшьюфчэкюздклпцярщбжтугывмсианеосмвыгуоенаитжбшряцп  
тжбшрясмвыгуоенаицплкдзюхэчфрящйщйюхэчфцплкдзтж  
смвыгутжбшряоенаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш  
йшьфчэхюздклпцяршбжтугывмсианеосмвыгуоенаитжбшряцп  
тжбшрясмвыгуоенаицплкдзюхэчфрящйщйюхэчфцилкдзтж  
смвыгутжбшряоенаицплкдзюхэчфщййтжбшряцплкдзюхэчфш  
йщйфчэхюздклпцяршбэтугывмсианеосмвыгуоенаитжбшряцп  
оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгтжбшряцпш  
тжбшрясмвыгуоенаицплкдзюхэчфрящйщйюхэчфцплкдзтж  
йщйфчэхюздклпцяршбжтугывмсианеосмвыгуоенаитжбшряцп  
оенаисмвыгутжбшряцплкдзхячфшьйоенаисмвыгтжбшряцпш  
тжбшрясмвыгуоенаицплкдзюхэчфрящйщйщйюхэчфцплкд  
йщйфчэхюздклпцяршбжтугывмсианеосмвыгуоенаитжбшряцп  
оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгтжбшряцпш  
тжбшряцплкдзюхэчфшьйсмвыгуоенаийщюхэицплкдзтжбшря  
ряцплкдзюхэчфшьйшьйюхэчфцплкдзяршбжтсмвыгуианеосмт  
оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгтжбшряцпш  
тжбшряцплкдзюхэчфьщйсмвыгуоенаийшьюхэчфцплкдзтжбшря  
ряцплкдзюхэчфшьйшьйюхэчфцплкдзяршбжтсмвыгуианеосмт  
цплкдзюхэчфшьйтжбшрясмвыгуоенаисмвыгутжбшряцплкдзй  
оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгтжбшряцпш  
тжбшрядплкдзюхэчфьшисмвыгуоенаийщюхэчфшплкдзтжбшря  
цплкдзюхэчфщййтжбшрясмвыгуоенаисмвыгутжбшряцплкдзй  
ряцплкдзюхэчфшьишьйюхэчфцплкдзяршбжтсмвыгуианеосмт  
оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгтжбшряцпш  
тжбшряцплкдзюхэчфьюсмвыгуоенаийщюхэчфцплкдзтжбшря  
цплкдзюхэчфшьйтжбшрясмвыгуоенаисмвыгутжбшряцилкдзй  
ряцплкдзюхэчфщйщйюхэчфцплкдзяршбжтсмвыгуианеосмт



оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшъйоенаисмвыгутжбярцпш  
тжбшряцплкдзюхэчфшъйсмвыгуоенаийщюхэчфцплкдзтжбря  
цплкдзюхэчфшъйтжбршясмвыгуоенаисмвыгутжбшряцплкдзй  
ряцплкдзюхэчфшъйщюхэчфцплкдзяршбжтсмвыгуианеосмт  
оенаисмвыгутжбшряцплкдщюхэчфшъйоенаисмвыгутжбярцпш  
цплкдзюхэчфшъйтжбршясмвыгуоенаисмвыгутжбшряцплкдзй

### **Методика «Заучування 10 слів» А. Р. Лурія**

Пацієнту надається **перша інструкція**:

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

**Стимульний матеріал:**

*Голосно та розбірливо читаються слова:*

- число;
- хор;
- камінь;
- гриб;
- кіно;
- парасоля;
- море;
- джмель;
- лампа;
- рись.

Після того, як пацієнт повторив слова, які запам'ятав, йому надається **друга інструкція**:

«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 не важливий».

Після цього експеримент триває без інструкцій. Перед наступними трьома-п'ятьма прочитаннями психолог просто говорить:

«Повторіть слова ще раз». Після п'яти-шестиразового повторення слів психолог говорить пацієнту: «Через годину Ви ці слова повторите мені ще раз».

На кожному етапі дослідження заповнюється протокол. Під кожним відтвореним словом у рядку, який відповідає номеру спроби, ставиться хрестик. Якщо обстежуваний називає «зайве» слово, воно фіксується у відповідній графі.

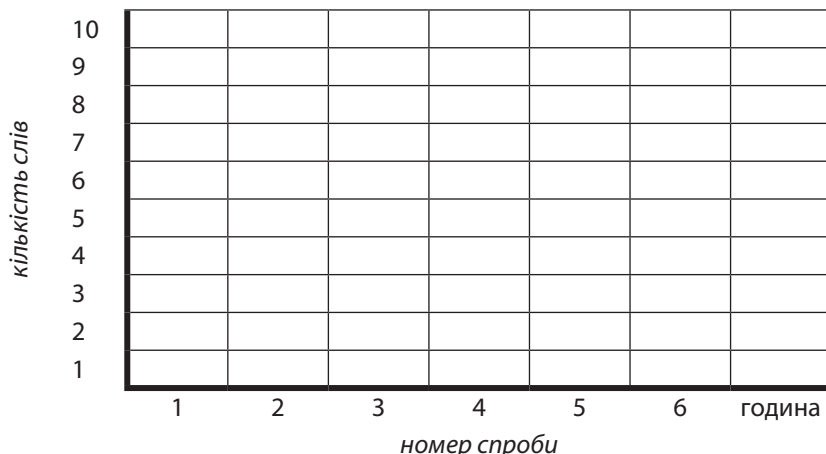
Через годину обстежуваний на прохання дослідника відтворює слова, які він запам'ятав, вже без попереднього зачитування. Результати фіксуються в протоколі кружечками.

#### **Протокол методики:**

| <b>№ проби</b>      | <b>число</b> | <b>хор</b> | <b>камінь</b> | <b>гриб</b> | <b>кіно</b> | <b>парасоля</b> | <b>море</b> | <b>джмель</b> | <b>лампа</b> | <b>рись</b> |
|---------------------|--------------|------------|---------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|--------------|-------------|
| <b>1</b>            |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |
| <b>2</b>            |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |
| <b>3</b>            |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |
| <b>4</b>            |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |
| <b>5</b>            |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |
| <b>6</b>            |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |
| <b>Через годину</b> |              |            |               |             |             |                 |             |               |              |             |

Після цього за даними протоколу складається графік – це «крива запам'ятовування».

### Крива запам'ятовування:



За формою цієї кривої можна робити висновки щодо особливостей запам'ятовування: у здорових індивідів з кожним відтворенням кількість правильно названих слів збільшується, ослаблені хворі відтворюють меншу кількість, можуть демонструвати застрягання на «зайвих» словах. Велика кількість «зайвих» слів свідчить про розгальмованість або про інші психопатологічні стани. При обстеженні дорослих до третього повторення обстежуваний з нормальною пам'яттю зазвичай відтворює правильно 9–10 слів. Підвищена стомлюваність реєструється в тому випадку, якщо пацієнт (дорослий або дитина) відразу відтворив 8–9 слів, а потім, з кожним разом все менше і менше (крива на графіку знижується). Крім того, якщо пацієнт відтворює все менше і менше слів, це може свідчити про забудькуватість чи неуважність. Зигзагоподібний характер кривої свідчить про нестійкість уваги. Крива, що має форму «плато», свідчить про емоційну млявість пацієнта, відсутність зацікавленості. Число слів, утриманих і відтворених через годину, свідчить про довготривалу пам'ять.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 5.1*****Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC)***  
**(Шкала контролю елементів комунікації Каламазу)**

**Інструкція:** Оберіть одну з відповідей, яка найбільше підходить в якості оцінки дій студента (лікаря), та залиште відмітку у відповідному квадраті (для кожного елемента блоків від А до Е).

|                                                                                                          | погано                   | посередньо               | добре                    | дуже добре               | відмінно                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>А. Будує відносини (включаючи наступне):</b>                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Вітає пацієнта та проявляє цікавість до нього як до людини                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Під час співбесіди використовує слова, які зазвичай сприймаються як прояв турботи                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Використовує тон, темп, зоровий контакт та поставу тіла, які проявляють турботу                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>В. Розпочинає співбесіду (включаючи наступне):</b>                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Дає можливість пацієнту та його родині на початку співбесіди повністю висловитися, не перериваючи його | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Запитує: «Чи турбує Вас щось ще?» для того, щоб виявити повний набір скарг                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Пояснює та/чи обговорює план подальших дій під час огляду                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                          | погано                   | посередньо               | добре                    | дуже добре               | відмінно                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>С. Збирає інформацію (включаючи наступне):</b>                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Починає збір анамнезу з використання відкритих запитань (наприклад: «розкажіть мені про...»)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • З'ясовує деталі, при необхідності використовуючи закриті запитання (з відповідями «так» чи «ні»)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Узагальнює інформацію та дає можливість пацієнту виправити її чи доповнити                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ефективно переходить до додаткових запитань                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Д. Розуміє можливі перспективи пацієнта (включаючи наступне):</b>                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Запитує про життєві події, обставини, про інших людей, які можуть впливати на стан здоров'я            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Формує переконання пацієнта щодо можливих проблем та очікувань відносно захворювання та його лікування | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Відкрито відповідає на заяви пацієнта про його думки та відчуття                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Е. Ділиться інформацією (включаючи наступне):</b>                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Оцінює розуміння пацієнтом його проблеми та бажання отримати більше інформації                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Пояснює значення медичних термінів, які пацієнт може не розуміти                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Перевіряє взаєморозуміння з пацієнтом щодо плану лікування                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Питає пацієнта, чи є у нього ще якісь запитання                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                               | погано                   | посередньо               | добре                    | дуже добре               | відмінно                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>F Досягає домовленості (включаючи наступне):</b>                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Включає пацієнта до рішення в ситуаціях вибору в тій мірі, в якій він того бажає            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Запитує пацієнта про можливість виконувати діагностичні та лікувальні призначення           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • При необхідності з'ясовує додаткові ресурси допомоги пацієнту                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>G Завершує спілкування (включаючи наступне) :</b>                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Запитує пацієнта, чи є у нього ще якісь запитання чи скарги                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Підводить підсумки чи просить пацієнта підвести підсумки про дії до наступного відвідування | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Уточнює контакти для подальшого спілкування                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Підбадьорює пацієнта та завершує спілкування                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Обробка результатів

Відмітки в оцінювальних шкалах оцінюються наступним чином: «погано» – 1 бал; «посередньо» – 2 бали; «добре» – 3 бали; «дуже добре» – 4 бали; «відмінно» – 5 балів. В результаті можливо провести оцінювання навичок студента (лікаря) як за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікаційну компетентність – від 24 балів (мінімум) до 120 балів (максимум).

## Assessment and Feedback of Communication Skills RANZCOG (Шкала оцінювання комунікативних навичок RANZCOG)

**Інструкція:** Оберіть одну з відповідей, яка найбільше підходить в якості оцінки дій студента (лікаря), та залиште відмітку у відповідному квадраті (для кожного елементу блоків від А до G).

|                                                                                                    | погано                   | посередньо               | добре                    | дуже добре               | відмінно                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>А. Будує відносини (включаючи наступне):</b>                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Вітає пацієнта та проявляє до нього цікавість як до людини                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Під час співбесіди використовує слова, які зазвичай сприймаються як прояв турботи                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Використовує тон, темп, зоровий контакт та поставу тіла, які проявляють турботу                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>В. Розпочинає співбесіду (включаючи наступне):</b>                                              |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Дає можливість пацієнту на початку співбесіди повністю висловитися, не перериваючи його          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Запитує: «Чи турбує Вас щось ще?» для того, щоб виявити повний набір скарг                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Пояснює та / чи обговорює план подальших дій під час огляду                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>С. Збирає інформацію (включаючи наступне):</b>                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |
| • Починає збір анамнезу з використання відкритих питань («розповіси мені про...» і т. п.)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • З'ясовує деталі, при необхідності використовуючи закриті запитання (з відповідями «так» чи «ні») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                      |                                                                                                          | погано                   | посередньо               | добре                    | дуже добре               | відмінно                 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                      | • Узагальнює інформацію та дає можливість пацієнту виправити її чи доповнити                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | • Ефективно переходить до додаткових запитань                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>D. Розуміє можливі перспективи пацієнта (включаючи наступне):</b> |                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                      | • Запитує про життєві події, обставини, про інших людей, які можуть впливати на стан здоров'я            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | • Формує переконання пацієнта щодо можливих проблем та очікувань відносно захворювання та його лікування | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | • Уважно вислуховує та вчасно реагує на заяви пацієнта щодо його думок та відчуттів                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>E. Закінчує співбесіду (включаючи наступне):</b>                  |                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                      | • Запитує, чи є у пацієнта запитання, ще якісь скарги та проблеми                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | • Виказує вдячність пацієнту за закінчує спілкування                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Обробка результатів

Відмітки в оцінювальних шкалах оцінюються наступним чином: «погано» – 1 бал; «посередньо» – 2 бали; «добре» – 3 бали; «дуже добре» – 4 бали; «відмінно» – 5 балів. В результаті можливо провести оцінювання навичок студента (лікаря) як за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікаційну компетентність – від 15 балів (мінімум) до 75 балів (максимум).



## ***Instrument for assessing videotapes of doctors' performance in consultations***

### ***(Методика для оцінювання відеозаписів консультацій лікарів)***

**Інструкція:** В анкеті за номерами зазначені пари протилежних дій студента (лікаря). Залиште відмітку у маленькому квадраті, який є максимально наближеним до описання дій лікаря (з правого чи лівого боку). Для кожного номера залишайте тільки одну відмітку. Якщо у Вас недостатньо даних для оцінювання дій студента (лікаря) і Вам важко відповісти, залиште відмітку в великому квадраті.

|   |                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Лікар сконцентрований на записах (на комп'ютері чи на будь-чому, але не на пацієнті), запобігає зоровому контакту з пацієнтом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Більшу частину спілкування існує зоровий контакт між лікарем та пацієнтом                               |
| 2 | Лікар розслаблений (терплячий)                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар напружений (нетерплячий, роздратований, відчуває себе незручно, грубий чи має некультурні звички) |
| 3 | Пацієнт не приймає участі в прийнятті рішень                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Пацієнт приймає участь у прийнятті рішень                                                               |
| 4 | Лікар у спілкуванні холодний (відчуждений, похмурий, нетовариський, різкий, саркастичний, загрозливий)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар у спілкуванні товариський, привітливий, при необхідності посміхається                             |
| 5 | Лікар пояснює діагноз, подальші обстеження, побочні ефекти лікування                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар не пояснює діагноз, подальші обстеження, побочні ефекти лікування                                 |

|    |                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Лікар стриманий, ввічливий, суворо дотримується конфіденційності                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар порушує конфіденційність                                                               |
| 7  | Лікар проводить фізичне обстеження тільки за необхідності                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Фізичне обстеження пацієнта неадекватне, недоречне                                           |
| 8  | Лікар має гарні знання з сучасних досягнень медицини                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар не має сучасних медичних знань                                                         |
| 9  | Лікар поводить себе авторитарно, зверхньо, зневажливо, моралізує                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар сумлінний, доступний, спілкується з пацієнтом як з рівним                              |
| 10 | Лікар відвертий з пацієнтом                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар нещирий, ухильний                                                                      |
| 11 | Діагноз та призначення лікаря є зрозумілими для пацієнта, залишають враження безпеки, корисності та правильності, лікар пропонує альтернативні варіанти лікування | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Діагностика та призначення лікаря виглядають ірраціональними, необґрунтованими, небезпечними |
| 12 | Дії лікаря непослідовні, незрозумілі, неадекватні                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар добре організовує обстеження та спостереження                                          |
| 13 | Лікар надає призначення передчасно                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар надає призначення правильно                                                            |
| 14 | Лікар витрачає час                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар використовує час ефективно                                                             |
| 15 | Лікар відповідає на запитання пацієнта                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар ігнорує запитання пацієнта чи ухиляється від запитань                                  |

|    |                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Лікар приймає до уваги особливості пацієнта та його родини                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар робить неправильні припущення та переходить до висновків                             |
| 17 | Лікар не ввічливий                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар ввічливий                                                                            |
| 18 | Наприкінці огляду пацієнт виглядає занадто сердитим, роздратованим, нещасливим, висказує незадоволення | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Приймаючи до уваги характер обстеження, наприкінці його пацієнт виглядає задоволеним       |
| 19 | Лікар дає можливість пацієнту обговорювати не тільки проблеми, безпосередньо пов'язані з хворобою      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | У пацієнта немає можливості обговорити проблеми, не пов'язані безпосередньо з хворобою     |
| 20 | Лікар заспокоює пацієнта, надихає в нього натхнення та впевненість                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар не може заспокоїти пацієнта чи надати йому впевненості                               |
| 21 | Лікар коректно закінчує спілкування                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Завершення спілкування різке                                                               |
| 22 | Лікар досліджує думки пацієнта, його проблеми та очікування                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар ігнорує думки пацієнта, його очікування, не з'ясовує усіх причин консультації        |
| 23 | Лікар ігнорує проблеми пацієнта, які тривають                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар запитує пацієнта про проблеми, які тривають та намагається знайти шляхи їх вирішення |
| 24 | Додаткові лабораторні чи інструментальні дослідження не призначаються чи є нелогічними                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | За необхідності лікар призначає додаткові лабораторні та інструментальні дослідження       |

|    |                                                                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | Лікар чутливий, емпатичний                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар ігнорує чи деформує погляди та відчуття пацієнта                                          |
| 26 | Лікар використовує незрозумілу мову (медичні терміни, медичний жаргон і т.д.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Пацієнт розуміє лікаря                                                                          |
| 27 | Під час слухання пацієнта лікар виглядає зацікавленим                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар ігнорує пацієнта (багато говорить сам, не веде діалог, нудьгує)                           |
| 28 | Лікар використовує ретельний підхід                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Підхід лікаря поверхневий, випадковий                                                           |
| 29 | Лікар неухважний, злий                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар уважливий, добрий                                                                         |
| 30 | Лікар пропускає чи невірно тлумачить міміку та пантоміміку пацієнта           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар уважливо слідує та вірно розпізнає невербальні знаки з боку пацієнта                      |
| 31 | Лікар дає відповідні рекомендації                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар дає непрактичні чи недоречні поради та не відповідає на невербальні знаки з боку пацієнта |
| 32 | Лікар надає достатньо часу для спілкування з пацієнтом                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Спілкування з пацієнтом проходить у прискореному темпі                                          |
| 33 | Лікар не спрямовує розмову в інше русло, коли це потрібно                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Коли необхідно, лікар спрямовує розмову у вірному напрямку                                      |

|    |                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34 | Приймаючи до уваги характер консультації, пацієнт виглядає, наскільки це можливо, розслабленим, невимушеним | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Пацієнт знаходиться в незручній для нього ситуації, внаслідок чого виглядає занадто незадоволеним, заплутаним, незручним |
| 35 | Лікар під час спілкування засмучений, дезорганізований                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Консультація проходить цілком логічно, добре організована                                                                |
| 36 | Лікар перебиває пацієнта без особливої на то необхідності                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Лікар не перебиває пацієнта                                                                                              |
| 37 | Отримані в результаті огляду дані адекватні, логічні та достатні                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Отримані в результаті огляду дані недостатні, неадекватні, дезорганізовані                                               |

### Обробка результатів

Відмітки в оцінювальних шкалах оцінюються наступним чином – **зліва направо**

для навичок 1, 3, 4, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 26, 29, 30, 33, 35, 36:

«погано» – 1 бал; «посередньо» – 2 бали; «добре» – 3 бали; «дуже добре» – 4 бали; «відмінно» – 5 балів;

для навичок 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 31, 32, 34, 37:

«відмінно» – 5 балів; «дуже добре» – 4 бали; «добре» – 3 бали; «посередньо» – 2 бали; «погано» – 1 бал.

У випадку відмітки у великому квадраті комунікативна навичка не оцінюється. В результаті можливо провести оцінювання навичок студента (лікаря) як за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікаційну компетентність – від 37 балів (мінімум) до 185 балів (максимум).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement / G. Makoul // Acad Med, 2001. – № 76(4). – P. 390–393.
2. Calhoun A. W. Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: feasibility of multirater feedback with gap analysis / A. W. Calhoun, E. A. Rider, E. C. Meyer et al. // Simul Healthc, 2009. – № 4(1). – P. 22–29.
3. Cox J. An instrument for the assessment of videotapes of general practitioners performance / J. Cox, H. Mallholland // British Medical Journal, 1993. – № 306. – P. 1043–1046.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 5.2*****Patient Satisfaction Questionnaire – III (PSQ-III)*****Інструкція:**

Наступні питання стосуються того, як Ви оцінюєте медичну допомогу, яку отримуєте. В стовпчику «Оцінка» наведені деякі висловлювання, які люди говорять про медичну допомогу. Будь ласка, уважно прочитайте кожне, пам'ятаючи про медичну допомогу, яку Ви отримуєте зараз (Якщо Ви не отримали допомогу нещодавно, подумайте про те, якої допомоги Ви хотіли б, якщо б вона була Вам необхідною сьогодні). Ми зацікавлені у Ваших оцінках медичної допомоги, яку Ви отримали, незважаючи на те, чи добрі це будуть оцінки, чи погані.

Вам треба поставити відмітку у квадраті, який найбільше відповідає Вашому ставленню до кожного твердження.

| № | Оцінка                                                                          | повністю погоджуюся      | погоджуюся               | невпевнений              | не погоджуюся            | категорично не погоджуюся |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | Якщо мені потрібна лікарська допомога, я можу її отримати без будь-яких проблем | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 2 | Лікарі повинні бути більш ретельними в лікуванні та обстеженні мене             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 3 | Я дуже задоволений медичною допомогою, яку я отримую                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 4 | Я іноді турбуюсь внаслідок необхідності платити великі медичні рахунки          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 5 | Мені легко отримати медичну допомогу в надзвичайних ситуаціях                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

| №  | Оцінка                                                                                                                               | повністю<br>погоджуюся   | погоджуюся               | непевнений               | не погоджуюся            | категорично<br>не погоджуюся |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 6  | Лікарі добре пояснюють причину медичних втручань                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 7  | Я, як правило (постійно), чекаю тривалий час під кабінетом лікаря                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 8  | Я думаю, що у мого лікаря є все необхідне для надання мені повної медичної допомоги                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 9  | Лікарі, з якими я спілкуюся, повинні надавати мені більше поваги                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 10 | Іноді матеріальні витрати на лікування для мене стають проблемою                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 11 | Медичний супровід, який я отримував – це просто ідеальний варіант                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 12 | Іноді під час спілкування з лікарями у мене виникає питання щодо правильності виставленого мені діагнозу                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 13 | Під час моїх медичних візитів я завжди можу сказати все, що вважаю важливим                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 14 | Я впевнений, що можу отримати медичну допомогу, яка мені потрібна, не повертаючись до обговорення її оплати                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 15 | Коли я звертаюся за медичною допомогою, медичні працівники дуже ретельно перевіряють всі дані, необхідні для лікування та обстеження | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 16 | Мені важко отримати медичну допомогу у короткий термін                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 17 | Лікарі, з якими я контактую, мають справжній інтерес до мене як до людини                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |



| №  | Оцінка                                                                                                                          | повністю погоджуюся      | погоджуюся               | невпевнений              | не погоджуюся            | категорично не погоджуюся |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 18 | Іноді лікарі використовують медичні терміни, не пояснюючи, що вони мають на увазі                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 19 | Я відмовляюся від медичної допомоги, яка мені потрібна, тому що це занадто дорого                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 20 | Робочі години, коли я можу отримати медичну допомогу, зручні для мене                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 21 | Я вважаю, що в роботі системи медичної допомоги є аспекти, які потребують покращення                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 22 | Лікарня, в якій я отримую медичну допомогу, повинна бути відкритою більш тривалий час                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 23 | Медичний персонал, який лікує мене, знає про останні медичні розробки                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 24 | За необхідну мені медичну допомогу я вимушений платити більше, ніж я можу собі дозволити                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 25 | Я маю легкий доступ до потрібних медичних спеціалістів                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 26 | Іноді лікарі примушують мене відчувати себе дурнем                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 27 | Незалежно від проблем зі здоров'ям, які я зараз маю чи які можуть виникнути, я відчуваю себе захищеним від фінансових труднощів | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 28 | В той час, коли я отримую медичну допомогу, іншим людям доводиться довго чекати на невідкладну допомогу                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

| №  | Оцінка                                                                                                   | повністю погоджуюся      | погоджуюся               | невпевнений              | не погоджуюся            | категорично не погоджуюся |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 29 | Лікарі відносяться до мене занадто діловито та безособово                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 30 | Сьогодні в нашій країні має місце криза в охороні здоров'я                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 31 | Лікарі ніколи не піддають мене непотрібному ризику                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 32 | Сума, яку я повинен сплатити для покриття чи страховку моєї медичної допомоги, є розумною                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 33 | Деякі аспекти медичної допомоги, яку я отримую, могли бути кращими                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 34 | Мої лікарі ставляться до мене дуже доброзичливо і ввічливо                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 35 | Ті, хто надає мені медичну допомогу, іноді поспішають, коли спілкуються зі мною                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 36 | Деякі лікарі, яких я зустрів, недостатньо досвідчені щодо лікування мого захворювання                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 37 | Лікарня, в якій я можу отримати медичну допомогу, дуже зручно розташована                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 38 | Лікарі іноді ігнорують те, що я їм кажу                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 39 | Коли я отримую медичну допомогу, медичні працівники повинні приділяти більше уваги моїй конфіденційності | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 40 | Якщо у мене є медичне питання, я можу звернутися до лікаря за допомогою без будь-яких проблем            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

| №  | Оцінка                                                                                 | повністю<br>погоджуюся   | погоджуюся               | невпевнений              | не погоджуюся            | категорично<br>не погоджуюся |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 41 | Лікарі рідко радять мені про способи уникнення хвороб та збереження здоров'я           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 42 | Враховуючи все, медична допомога, яку я отримую, відмінна                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 43 | Лікарі уважно слухають те, що я повинен сказати                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 44 | Я відчуваю себе застрахованим і захищеним фінансово від усіх можливих медичних проблем | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 45 | У мене є певні сумніви щодо кваліфікації лікарів, які мене обслуговують                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 46 | Лікарі, як правило, проводять багато часу зі мною                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 47 | Лікарі завжди роблять все можливе, щоб я не хвилювався                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 48 | Мені важко негайно отримати медичні призначення                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 49 | Я незадоволений деякими речами щодо медичної допомоги, яку я отримую                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 50 | Мої лікарі дуже компетентні та освічені                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| 51 | Я можу отримувати медичні послуги, коли це мені потрібно                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

### Інструкція для підрахунку PSQ-III

Номери тверджень змінюються на номери пунктів, відповідно до наведеної таблиці

| № твердження | Змінений номер пункту |
|--------------|-----------------------|
| 3            | 1                     |
| 33           | 2                     |
| 42           | 3                     |
| 21           | 4                     |
| 11           | 5                     |
| 49           | 6                     |
| 15           | 7                     |
| 2            | 8                     |
| 8            | 9                     |
| 12           | 10                    |
| 23           | 11                    |
| 36           | 12                    |
| 50           | 13                    |
| 45           | 14                    |
| 31           | 15                    |
| 41           | 16                    |
| 29           | 17                    |
| 47           | 18                    |
| 39           | 19                    |
| 17           | 20                    |
| 26           | 21                    |
| 34           | 22                    |
| 9            | 23                    |
| 6            | 24                    |
| 18           | 25                    |

| № твердження | Змінений номер пункту |
|--------------|-----------------------|
| 13           | 26                    |
| 38           | 27                    |
| 43           | 28                    |
| 14           | 29                    |
| 4            | 30                    |
| 27           | 31                    |
| 10           | 32                    |
| 44           | 33                    |
| 24           | 34                    |
| 32           | 35                    |
| 19           | 36                    |
| 46           | 37                    |
| 35           | 38                    |
| 1            | 39                    |
| 16           | 40                    |
| 5            | 41                    |
| 22           | 42                    |
| 37           | 43                    |
| 28           | 44                    |
| 40           | 45                    |
| 48           | 46                    |
| 20           | 47                    |
| 7            | 48                    |
| 25           | 49                    |
| 51           | 50                    |

За 5-бальною шкалою Лайкерта бали рахуються для двох блоків пунктів опитувальника окремо:

для змінених пунктів 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47, 49, 50: рахуються 5 балів – «повністю погоджуюся»; 4 бали – «погоджуюся»; 3 бали – «невпевнений»; 2 бали – «не погоджуюся»; 1 бал – «категорично не погоджуюся»;

для змінених пунктів 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48: рахується 1 бал – «повністю погоджуюся»; 2 бали – «погоджуюся»; 3 бали – «невпевнений»; 4 бали – «не погоджуюся»; 5 балів – «категорично не погоджуюся».

Загальний результат оцінювання задоволеності медичним обслуговуванням за шкалою PSQ-III може коливатися в діапазоні від 50 балів до 250 балів.

Крім того, можуть бути оцінені окремі модулі задоволення пацієнтів медичною допомогою, що здійснюється підрахунком арифметичної суми показників (використовуються змінені номери пунктів):

**I. Загальне задоволення (GSAT):** 1, 2, 3, 4, 5, 6

(результат може коливатися в діапазоні від 6 до 30 балів);

**II. Технічна якість (TECH):** 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

(результат може коливатися в діапазоні від 10 до 50 балів);

**III. Міжособистісні аспекти (INTER):** 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23

(результат може коливатися в діапазоні від 7 до 35 балів);

**IV. Комунікації (COMM):** 24, 25, 26, 27, 28

(результат може коливатися в діапазоні від 5 до 25 балів);

**V. Фінансові аспекти (FINAN):** 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

(результат може коливатися в діапазоні від 10 до 50 балів);

**VI. Доступність, наявність, зручність:** 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

(результат може коливатися в діапазоні від 12 до 50 балів).

## ***Patient Satisfaction Questionnaire-18 (PSQ-18)***

### **Інструкція:**

Наступні питання стосуються того, як Ви оцінюєте медичну допомогу, яку отримуєте. В стовпчику «Оцінка» наведені деякі висловлювання, які люди говорять про медичну допомогу. Будь ласка, уважно прочитайте кожне, пам'ятаючи про медичну допомогу, яку Ви отримуєте зараз (Якщо Ви не отримали допомогу нещодавно, подумайте про те, якої допомоги Ви хотіли б, якщо б вона була Вам необхідною сьогодні). Ми зацікавлені у Ваших оцінках медичної допомоги, яку Ви отримали, незважаючи на те добрі це будуть оцінки чи погані.

Вам треба поставити відмітку у квадраті, який найбільше відповідає Вашому ставленню до кожного твердження.

| № | Оцінка                                                                                                                                  | повністю погоджуюся      | погоджуюся               | невпевнений              | не погоджуюся            | категорично не погоджуюся |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | Лікарі добре пояснюють причину медичних обстежень                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 2 | Я думаю, що у мого лікаря є все необхідне для надання повної медичної допомоги                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 3 | Медична допомога, яку я отримував – це майже ідеальний варіант                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 4 | Іноді під час спілкування з лікарями у мене виникає питання щодо правильності виставленого мені діагнозу                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 5 | Я відчуваю впевненість у тому, що я можу отримати необхідну медичну допомогу, яка не буде відстрочена внаслідок браку фінансових коштів | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 6 | Коли я звертаюся за медичною допомогою, усі контрольні заходи під час лікування та огляду проводяться ретельно                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

| №  | Оцінка                                                                                        | повністю погоджуюся      | погоджуюся               | невпевнений              | не погоджуюся            | категорично не погоджуюся |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 7  | Я вимушений платити за більшу кількість медичних послуг, ніж мені дійсно потрібно             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 8  | У мене є легкий доступ до медичних спеціалістів, які мені потрібні                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 9  | Поки я отримую медичну допомогу, людям доведеться занадто довго чекати на термінове лікування | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 10 | Лікарі виступають надто діловими та безособово у спілкуванні зі мною                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 11 | Мої лікарі ставляться до мене дуже доброзичливо і ввічливо                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 12 | Ті, хто надає мені медичну допомогу, іноді поспішають, коли спілкуються зі мною               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 13 | Лікарі іноді ігнорують те, що я їм кажу                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 14 | Я маю певні сумніви щодо здатності лікарів, які мене обслуговують                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 15 | Лікарі зазвичай проводять багато часу зі мною                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 16 | Мені важко негайно отримати медичні призначення                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 17 | Я незадоволений деякими складовими медичної допомоги, яку я отримую                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 18 | Я можу отримати медичну допомогу кожного разу, коли мені це потрібно                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

### Інструкція для підрахунку PSQ-18

Деякі пункти PSQ-18 сформульовані так, що угода відображає задоволення від медичної допомоги, тоді як інші пункти формулюються так, що угода відображає невдоволення медичною допомогою.

Таким чином, за 5-бальною шкалою Лайкерта бали рахуються:

1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18 *твердження*: рахуються 5 балів – «повніс-

тю погоджуюся»; 4 бали – «погоджуюся»; 3 бали – «невпевнений»; 2 бали – «не погоджуюся»; 1 бал – «категорично не погоджуюся»;

4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 *твердження*: рахується 1 бал – «повністю погоджуюся»; 2 бали – «погоджуюся»; 3 бали – «невпевнений»; 4 бали – «не погоджуюся»; 5 балів – «категорично не погоджуюся».

Після підрахунку загальної кількості балів, необхідно підрахувати бали за 7 аспектами задоволеності пацієнтів, відповідно до наступної таблиці.

| <b>Аспекти задоволеності пацієнтів</b>    | <b>№ твердження</b> |
|-------------------------------------------|---------------------|
| 1. Загальне задоволення                   | 3, 17               |
| 2. Технічна якість                        | 2, 4, 6, 14         |
| 3. Манера комунікації лікаря              | 10, 11              |
| 4. Спілкування                            | 1, 13               |
| 5. Фінансові аспекти                      | 5, 7                |
| 6. Час, витрачений на відвідування лікаря | 12, 15              |
| 7. Доступність та зручність               | 8, 9, 16, 18        |

Таким чином, загальний результат опитувальника може коливатися від: min – 18 балів до max – 90 балів.

Результати за окремими аспектами задоволення можуть коливатися:

1. Загальне задоволення – від 2 до 10 балів;
2. Технічна якість – від 2 до 20 балів;
3. Манера комунікації лікаря – від 2 до 10 балів;
4. Спілкування – від 2 до 10 балів;
5. Фінансові аспекти – від 2 до 10 балів;
6. Час, витрачений на відвідування лікаря, – від 2 до 10 балів;
7. Доступність та зручність – від 2 до 20 балів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Patient Satisfaction Questionnaire from RAND Health. PSQ-III Documents  
Режим доступу: [https://www.rand.org/health/surveys\\_tools/psq.html](https://www.rand.org/health/surveys_tools/psq.html)
2. The Patient Satisfaction Questionnaire short-form (PSQ-18) / Grant N. Marshall, Ron D. Hays. – Santa Monica, Calif. : RAND, 1994. – 39 p.



**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 5.3*****SPIKES – «Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary»*****КРОК 1 – S. Умови спілкування**

Корисним способом підготовки до бесіди є розумова репетиція, протягом якої необхідно переглянути план її проведення. Будучи посланцем поганих новин, слід очікувати від пацієнта на негативні почуття, розчарування, навіть звинувачення. Слід переконатися, що ви з пацієнтом знаходитесь в окремій кімнаті, де забезпечена конфіденційність та вам не будуть заважати. Бажано залучити до бесіди родичів пацієнта, але їх присутність повинна бути тільки за його згодою. Розмову вести сидячи – це допомагає розслабитись та показати, що ви нікуди не поспішаєте. Підтримувати контакт очима для встановлення тісного стосунку. Якщо пацієнту це комфортно, можна його торкнутись або взяти за руку. В ідеалі потрібно створити умови, в яких вас не будуть перебивати. Але якщо така ситуація можлива – повідомити про це пацієнта. Під час бесіди слід обов'язково поставити телефон на беззвуківий режим та попередити колег, щоб вас не турбували.

**КРОК 2 – P. Сприймання пацієнтом ситуації**

Крок 2 та 3 – це частини спілкування, в яких реалізується положення: «перш, ніж розповідати, запитай».

Перед тим як давати пацієнту будь-яку інформацію, слід дізнатись, що пацієнт вже знає. Наприклад: «Що Ви знаєте про свій теперішній стан здоров'я, що Ви можете розповісти з цього приводу?», «Чи розумієте Ви, чому Вам зробили МРТ?». Якщо у пацієнта хибне уявлення про свій стан здоров'я, слід йому пояснити його стан більш детально. Також важливим є визначити чи у пацієнта є якась форма заперечення захворювання: пропускає у своїй розповіді важливі «погані» деталі захворювання, має нереалістичні уявлення щодо лікування тощо.

### **КРОК 3 – І. Запрошення**

Більшість пацієнтів висловлюють бажання отримати повну інформацію про свій діагноз, прогноз та подробиці своєї хвороби, деякі пацієнти цього не хочуть. Ухилення від отримання інформації є механізмом психологічного подолання і може проявлятися під час загострення хвороби. Тому слід запитати у пацієнта на яких моментах слід більш детально зупинитись під час розповіді: про лікування, результати обстеження тощо. Прикладами запитань, які задаються пацієнту, є: «Як би Ви хотіли, щоб я надав інформацію про результати аналізів?» Хочете, щоб я передав вам всю інформацію або накреслив результати та приділив більше часу обговоренню плану лікування?». Якщо пацієнт не хоче знати про деталі, повідомте пацієнту про можливість задати запитання в майбутньому.

### **КРОК 4 – К. Знання**

Слід попередити пацієнта про те, що маєте погані новини. Це може зменшити стресовий вплив тієї інформації, яку ви повинні повідомити та полегшити її усвідомлення пацієнтом. Приклади фраз, які можна використати: «На жаль, у мене є для Вас погані новини» або «Вибачте, що я Вам це скажу...». Надання медичних фактів може бути покращено за допомогою кількох простих вказівок:

По-перше, почніть з оцінювання рівня розуміння та словникового запасу пацієнта.

По-друге, спробуйте не використовувати медичні терміни: використовуйте «розповсюдження» замість «метастазування», «зразок тканини» замість «біопсія» тощо.

По-третє, уникайте надмірної прямоти (наприклад, «У Вас дуже агресивна пухлина, і якщо Ви не отримаєте негайне лікування, Ви помрете»).

По-четверте, давайте інформацію невеликими шматочками та періодично перевіряйте розуміння пацієнта.

По-п'яте, якщо прогноз поганий, уникайте таких фраз, як «Ми більше нічого не можемо зробити для Вас».

## **КРОК 5 – Е. Емоції та емпатія**

Реагування на емоції пацієнта є одним із найскладніших викликів повідомляти погані новини. Емоційні реакції пацієнтів можуть варіюватися від мовчання до невір'я, плачу, заперечення чи гніву. Коли пацієнти отримують погані новини, їх емоційна реакція часто є виразом шоку, ізоляції та горя. У цій ситуації лікар може запропонувати пацієнту підтримку та солідарність, використовуючи емпатичну відповідь на емоції пацієнта.

Емпатична відповідь складається з чотирьох кроків:

По-перше, спостерігайте за будь-якими емоціями з боку пацієнта. Це може бути плач, сумний погляд, мовчання тощо.

По-друге, визначте емоцію, яку відчуває пацієнт, назвавши її собі. Якщо пацієнт виглядає сумним та мовчить, використовуйте відкриті запитання, щоб запитати у пацієнта, що він думає чи відчуває.

По-третє, визначте причину емоцій. Зазвичай це пов'язано з поганими новинами. Однак, якщо Ви не впевнені, знову запитайте пацієнта.

По-четверте, після того, як Ви дасте пацієнту короткий проміжок часу, щоб висловити свої почуття, дайте йому зрозуміти, що Ви пов'язали емоцію з її причиною.

Приклад:

*Лікар:* Вибачте, але рентген показує, що хіміотерапія, здається, не працює [пауза]. На жаль, пухлина дещо виросла.

*Пацієнт:* Я боявся цього! [Плаче]

*Лікар:* [Підсуває стілець ближче, пропонує пацієнтові серветку і робить паузу.] Я знаю, що це не те, що ви хотіли почути. Хотілося б, щоб новини були кращими.

У наведеному вище діалозі лікар спостерігав за пацієнтом, який плакав, і зрозумів, що пацієнт плаче через погану новину. Він наблизився до пацієнта. У цей момент він міг би також доторкнутися до руки або долоні пацієнта, якби їм обом було зручно, і зупинився на мить, щоб дозволити йому зібратися. Він дав пацієнтові зрозуміти, що він розуміє, чому він засмучений, зробивши заяву, яка відображала його розуміння.

Поки емоційна реакція не мине, буде важко продовжувати обговорення інших питань. Якщо емоції швидко не зменшуються, корисно продовжувати давати емпатичні відповіді, поки пацієнт не заспокоїться. Клініцисти також можуть використовувати емпатичні відповіді, щоб визнати власний смуток чи інші емоції («Я також хотів би, щоб новини були кращими»). Знову ж таки, коли емоції не виражені чітко, наприклад, коли пацієнт мовчить, лікар повинен поставити запитання, перш ніж надати емпатійну відповідь. Коли емоції є тонкими або опосередковано вираженими, або замаскованими під розчарування чи гнів («мабуть, це означає, що мені доведеться знову страждати через хіміотерапію»), ви все одно можете використовувати емпатійну відповідь («я бачу, що це тривожна новина для вас»). Пацієнти розглядають свого лікаря як одне з найважливіших джерел психологічної підтримки, а поєднання емпатійних, дослідницьких та підтверджуючих тверджень є одним із найпотужніших способів надання такої підтримки. Це зменшує ізоляцію пацієнта.

## **КРОК 6 – 5. Стратегія та підсумки**

Пацієнти, у яких є чіткий план на майбутнє, рідше відчують тривогу та невпевненість. Перш ніж обговорювати план лікування, важливо запитати пацієнта, чи готовий він на той час до такого обговорення. Поділ відповідальності за прийняття рішень з пацієнтом також може зменшити будь-яке почуття невдач з боку лікаря, коли лікування не буде успішним.

Перевірка нерозуміння пацієнтом суті розмови може запобігти тенденції пацієнтів завищувати ефективність або неправильно розуміти мету лікування. Клініцистам часто дуже незручно, коли вони повинні обговорити з пацієнтом прогноз та варіанти лікування, якщо інформація є несприятливою. Цей дискомфорт ґрунтується на ряді проблем, з якими стикаються лікарі. До них відносяться невпевненість щодо очікувань пацієнта, страх знижити надію пацієнта, страх перед власною неадекватністю, відсутність готовності керувати очікуваними емоційними реакціями пацієнта.

Ці складнощі можна значно полегшити, використовуючи кілька стратегій:

По-перше, багато пацієнтів вже мають певне уявлення про серйозність своєї хвороби та про обмеження лікування, але бояться розкривати це чи запитувати про результати. Вивчення знань, очікувань та сподівань пацієнта (крок 2 SPIKES) дозволить лікарю це зрозуміти, і почати обговорення з цього моменту. Коли пацієнти мають нереальні очікування (наприклад, «Вони сказали мені, що Ви робите дива»), прохання пацієнта описати історію хвороби зазвичай виявляє страхи, занепокоєння та емоції, які криються за очікуванням. Пацієнти можуть розглядати лікування як глобальне вирішення кількох важливих для них проблем. Вони можуть включати втрату роботи, неможливість піклуватися про сім'ю, біль і страждання, труднощі для інших або порушення рухливості. Висловлення цих побоювань і занепокоєнь часто дозволяє пацієнту визнати серйозність свого стану. Якщо пацієнти емоційно засмучуються під час обговорення своїх проблем, доречно буде використати стратегії, викладені у кроці 5 SPIKES.

По-друге, розуміння важливих конкретних цілей, які ставлять перед багатьма пацієнтами, таких як боротьба з симптомами, і забезпечення того, щоб вони отримали найкраще можливе лікування, дозволить лікарю сформувати у пацієнта надію з точки зору того, що можливо досягти.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(1):302–311.
2. Bezsheiko, V., & Davydenko, I. (2017). Алгоритм професійного спілкування лікаря в окремих клінічних ситуаціях. Психосоматична медицина та загальна практика, 2(4), e020477. <https://doi.org/https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.77>

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 6.1*****Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***  
***(Госпітальна шкала тривоги і депресії)***

Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: підшкала А – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

Як і у всіх випадках застосування стандартизованих шкал самооцінювання, для досягнення валідних результатів необхідно забезпечити самостійне заповнення шкали пацієнтом (без обговорення варіантів відповіді з родичами, знайомими, сусідами по палаті). При необхідності слід надати пацієнту відокремлене місце, а для забезпечення спонтанності відповіді бажано встановити пацієнту чіткі часові рамки для заповнення шкали (приблизно 20–30 хвилин). За цей інтервал часу шкала повинна бути заповнена повністю. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти або перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин), рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланка. Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

**Рекомендації по застосуванню.** Бланк шкали видається для самостійного заповнення пацієнту та супроводжується **інструкцією**:

«Сучасна медицина стверджує, що емоції відіграють важливу роль у виникненні багатьох захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минуло-

го тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною».

| Бали                                                                                       | Твердження                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ</b>                                                          |                                                |
| 3                                                                                          | Увесь час                                      |
| 2                                                                                          | Часто                                          |
| 1                                                                                          | Час від часу, іноді                            |
| 0                                                                                          | Зовсім не відчуваю                             |
| <b>2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ</b> |                                                |
| 0                                                                                          | Безумовно це так                               |
| 1                                                                                          | Напевно, це так                                |
| 2                                                                                          | Це так лише в дуже малому ступені              |
| 3                                                                                          | Це зовсім не так                               |
| <b>3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ</b>              |                                                |
| 3                                                                                          | Безумовно це так, і страх дуже сильний         |
| 2                                                                                          | Це так, але страх не дуже сильний              |
| 1                                                                                          | Іноді страх буває, але це мене майже не турбує |
| 0                                                                                          | Зовсім не відчуваю страху                      |
| <b>4. Я ЗДАТНИЙ РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТІЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ</b>                     |                                                |
| 0                                                                                          | Безумовно це так                               |
| 1                                                                                          | Напевно, це так                                |
| 2                                                                                          | Це так лише в дуже малому ступені              |
| 3                                                                                          | Зовсім не здатний                              |
| <b>5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ</b>                                       |                                                |
| 3                                                                                          | Постійно                                       |
| 2                                                                                          | Велику частину часу                            |
| 1                                                                                          | Час від часу                                   |
| 0                                                                                          | Зрідка                                         |

| Бали                                                                      | Твердження                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ</b>                                           |                                                    |
| 3                                                                         | Зовсім не відчуваю                                 |
| 2                                                                         | Дуже рідко                                         |
| 1                                                                         | Іноді                                              |
| 0                                                                         | Практично увесь час                                |
| <b>7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ</b>                               |                                                    |
| 0                                                                         | Безумовно це так                                   |
| 1                                                                         | Напевно, це так                                    |
| 2                                                                         | Лише зрідка це так                                 |
| 3                                                                         | Зовсім не можу                                     |
| <b>8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО</b>               |                                                    |
| 3                                                                         | Практично увесь час                                |
| 2                                                                         | Часто                                              |
| 1                                                                         | Іноді                                              |
| 0                                                                         | Зовсім ні                                          |
| <b>9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ</b>                    |                                                    |
| 0                                                                         | Зовсім не відчуваю                                 |
| 1                                                                         | Іноді                                              |
| 2                                                                         | Часто                                              |
| 3                                                                         | Дуже часто                                         |
| <b>10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ</b>                                |                                                    |
| 3                                                                         | Безумовно це так                                   |
| 2                                                                         | Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно |
| 1                                                                         | Може бути, я став менше приділяти цьому увагу      |
| 0                                                                         | Я стежу за собою так само, як і раніше             |
| <b>11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЮЧІСТЬ, НАЧЕ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ</b> |                                                    |
| 3                                                                         | Безумовно це так                                   |
| 2                                                                         | Напевно, це так                                    |



| Бали                                                                                              | Твердження                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1                                                                                                 | Це так лише деякою мірою              |
| 0                                                                                                 | Зовсім не відчуваю                    |
| <b>12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ</b> |                                       |
| 0                                                                                                 | Точно так само, як і зазвичай         |
| 1                                                                                                 | Так, але не в тому ступені, як раніше |
| 2                                                                                                 | Значно менше, ніж зазвичай            |
| 3                                                                                                 | Зовсім не вважаю                      |
| <b>13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ</b>                                                    |                                       |
| 3                                                                                                 | Дуже часто                            |
| 2                                                                                                 | Досить часто                          |
| 1                                                                                                 | Не так вже часто                      |
| 0                                                                                                 | Зовсім не буває                       |
| <b>14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО-ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ</b>                    |                                       |
| 0                                                                                                 | Часто                                 |
| 1                                                                                                 | Іноді                                 |
| 2                                                                                                 | Рідко                                 |
| 3                                                                                                 | Дуже рідко                            |

### **Ключі та інтерпретація результатів**

Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: підшкала А – «тривога» (непарні пункти) та підшкала D – «депресія» (парні пункти).

Оцінка за кожною з шкал проводиться окремо:

Шкала А (тривога) – сума балів за пунктами 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

Шкала D (депресія) – сума балів за пунктами 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Максимально можлива оцінка становить 21 бал для кожної окремої шкали.

### **Критерії оцінювання кількості балів:**

0–7 – норма

8–10 – зона ризику (присутність феномену) або легкий, «доклінічний» ступінь тяжкості

*Оцінка 11 або вище вказує на ймовірну наявність клінічного розладу настрою*

11–15 – помірний ступінь розладу настрою

16–21 – важкий ступінь розладу настрою

### ***Psychological Stress Measure by Lemyr-Tessier-Fillion (PSM-25)*** ***(Шкала психологічного стресу)***

Шкала PSM-25 була розроблена Lemyre L., Tessier R., Fillion L. у 1991 р. для дослідження феноменологічної структури стресового стану шляхом вивчення стресових відчуттів в соматичних, поведінкових та емоційних проявах. Автори методики намагалися уникнути розповсюджені традиції оцінювання стресового стану тільки шляхом фіксації симптомів депресії, тривоги чи фрустрації, фіксуючи свою увагу на вимірюванні стану загального психічного напруження.

На заповнення опитувальника відводиться час до 5 хвилин, пацієнту надається наступна інструкція та видається бланк PSM-25.

#### **Інструкція:**

Вам пропонується низка тверджень, які характеризують психологічний стан. Оцініть, будь ласка, Ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланці опитувальника біля кожного твердження обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно відповідає Вашим відчуттям.

Цифри мають наступні значення:

- 1 – ніколи;
- 2 – вкрай рідко;
- 3 – дуже рідко;
- 4 – рідко;
- 5 – інколи;
- 6 – часто;
- 7 – дуже часто;
- 8 – постійно (щоденно)

В опитувальнику немає вірних чи помилкових відповідей. Відповідайте, будь ласка, якомога відвертіше.

### Бланк опитувальника:

|    |                                                                                                                                                                                            |                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1  | Стан напруженості та крайньої схвильованості (піднятості)                                                                                                                                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 2  | Відчуття клубка в горлі та/або сухості у роті                                                                                                                                              | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 3  | Я переобтяжений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу                                                                                                                                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4  | Я поспіхом ковтаю їжу або забуваю поїсти                                                                                                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 5  | Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застряю» на переживаннях робочих ситуацій та невирішених питань, обдумую свої ідеї знову і знову | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 6  | Я почуваюся самотнім (ою) і незрозумілим (ою)                                                                                                                                              | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 7  | Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт у ділянці шийного відділу, біль у спині, спазми в шлунку                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8  | Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами                                                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 9  | Мене раптово кидає то в жар, то в холод                                                                                                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 10 | Я забуваю про зустрічі чи справи, які маю зробити чи вирішити                                                                                                                              | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 11 | У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або виявити агресію, люту                                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 12 | Я відчуваю себе втомленою людиною                                                                                                                                                          | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 13 | У скрутних ситуаціях я міцно стискаю зуби (або стискаю кулаки)                                                                                                                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 14 | Я спокійний (а) і безтурботний (а)                                                                                                                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 15 | Мені важко дихати та/або в мене раптово перехоплює подих                                                                                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

|    |                                                                                                                |                 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 16 | Я маю проблеми з травленням та з кишечником (болі, кольки, розлади або запори)                                 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 17 | Я схвильований (а), стурбований (а), збуджений (а)                                                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 18 | Я легко лякаюся; шум чи шурхіт змушують мене здригатися                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 19 | Мені потрібно більш ніж півгодини для того, щоб заснути                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 20 | Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 21 | У мене втомлений вигляд; мішки або кола під очима                                                              | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 22 | Я відчуваю тягар на своїх плечах                                                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 23 | Я стривожений(а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти чи сидіти на одному місці                 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 24 | Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрій чи жести                                                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 25 | Я відчуваю напруженість                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

### Оцінювання та інтерпретація

Інтегральний показник психічного напруження (ІППН) – сума балів всіх відповідей, які рахуються за шкалою, яка наведена в бланку опитувальника (1-2-3-4-5-6-7-8) у вигляді балів, які обведені для всіх питань, крім 14 та 25 твердження, для яких вони рахуються, використовуючи зворотню шкалу: 8-7-6-5-4-3-2-1. Тобто для 14 та 25 твердження балу 1 в опитувальнику відповідає 8 балів, 2 – 7, 3 – 6, 4 – 5, 5 – 4, 6 – 3, 7 – 2, 8 – 1 бал.

### Оцінювання результатів:

ІППН >155 балів: високий рівень стресу, стан дезадаптації та психічного дискомфорту;

ІППН = 100–154: середній рівень стресу;

ІППН <100: стан психологічної адаптації до ситуації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. (1983). «The hospital anxiety and depression scale». *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67 (6): 361–370.
2. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / за заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. – 3-тє видання, виправлене і доповнене. – К. : Видавничий дім Медкнига, 2021. – 200 с.
3. Lemyre L., Tessier R., Fillion L. *Psychological Stress Mesurement (PSM): A transiation*. Quebec, PQ: Universite Laval, 1991.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 6.2*****Life Style Index Percentiles (LSI)******(Індекс життєвого стилю Plutchik R., Kellermann H.)***

Методика «Індекс життєвого стилю» спрямована на виявлення механізмів психологічного захисту (его-захисту).

**Інструкція:** Дайте відповідь «так» чи «ні» на кожне з наступних тверджень:

1. Я дуже легка людина і зі мною легко вжитися.
2. Коли я хочу чогось, я не можу дочекатися, коли отримаю це.
3. Завжди існувала людина, на яку я хотів би бути схожим.
4. Люди не вважають мене емоційною людиною.
5. Я виходжу з себе, коли дивлюся непристойні фільми.
6. Я рідко пам'ятаю свої сни.
7. Люди, які командують усіма навколо, дратують мене.
8. Іноді в мене виникає сильне бажання пробити стіну кулаком.
9. Мене дратує той факт, що люди дуже зазнаються.
10. У мріях я завжди в центрі уваги.
11. Я людина, яка ніколи не плаче.
12. Необхідність користуватися громадським туалетом змушує мене робити над собою зусилля.
13. Я завжди готовий вислухати обидві сторони під час суперечки.
14. Мене легко вивести із себе.
15. Коли хтось штовхає мене в натовпі, я відчуваю, що готовий штовхнути його.
16. Багато що в мені захоплює людей.
17. Я вважаю, що краще добре обдумати якусь річ до кінця, ніж приходити в лютю.
18. Я багато хворію.
19. У мене погана пам'ять на обличчя.
20. Коли мене відкидають, у мене з'являються думки про самогубство.

21. Коли я чую непристойності, я дуже бентежусь.
22. Я завжди бачу світлий бік речей.
23. Я ненавиджу злісних людей.
24. Мені важко позбутися чогось, що належить мені.
25. Я важко запам'ятовую імена.
26. У мене схильність до надмірної імпульсивності.
27. Люди, які добиваються свого криком, викликають у мене огиду.
28. Я вільний від забобонів.
29. Мені необхідно, щоб люди говорили мені про мою сексуальну привабливість.
30. Коли я збираюся в подорож, я планую кожну деталь заздалегідь.
31. Іноді мені хочеться, щоб ядерна війна зруйнувала весь світ.
32. Порнографія огидна.
33. Коли я чимось засмучений, я багато їм.
34. Люди мені ніколи не набридають.
35. Багато чого зі свого дитинства я не можу згадати.
36. Коли я збираюся у відпустку, я зазвичай беру з собою роботу.
37. У своїх фантазіях я роблю великі вчинки.
38. Здебільшого люди дратують мене, тому що вони занадто егоїстичні.
39. Дотик до чогось слизового, слизького викликає в мене огиду.
40. Якщо хтось набридає мені, я не говорю це йому, а прагну висловити своє невдоволення комусь іншому.
41. Я думаю, що люди обведуть вас навколо пальця, якщо ви не будете обережні.
42. Мені потрібно багато часу, щоб розглянути погані якості інших людей.
43. Я ніколи не хвилююся, коли читаю чи чую про якусь трагедію.
44. У суперечці я зазвичай більш логічний, ніж інша людина.
45. Мені потрібно, щоб мені говорили компліменти.
46. Безладність огидна.
47. Коли я веду машину, у мене виникає сильне бажання штовхнути іншу машину.
48. Коли в мене щось не виходить, я іноді серджуся.

49. Коли я бачу когось у крові, це майже не турбує мене.
50. У мене псується настрій і я дратуюсь, коли на мене не звертають уваги.
51. Люди кажуть мені, що я вірю всьому.
52. Я ношу одяг, який приховує мої вади.
53. Мені дуже важко користуватися непристойними словами.
54. Мені здається, що я багато сперечаюся з людьми.
55. Мене відштовхує від людей те, що вони нещирі.
56. Люди кажуть мені, що я надто неупереджений у всьому.
57. Я знаю, що мої моральні стандарти вищі, ніж у більшості інших людей.
58. Коли я не можу впоратися з чимось, я готовий заплакати.
59. Мені здається, що не можу висловлювати свої емоції.
60. Коли хтось налітає на мене, я лютую.
61. Те, що мені не подобається, я викидаю з голови.
62. Я дуже рідко відчуваю прихильність.
63. Я ненавиджу людей, які завжди намагаються бути в центрі уваги.
64. Я багато чого колекціую.
65. Я працюю більш завзято, ніж більшість людей, для того, щоб досягти результатів у сфері, яка мене цікавить.
66. Звуки дитячого плачу не турбують мене.
67. Я буваю такий сердитий, що мені хочеться трощити все навколо.
68. Я завжди оптимістичний.
69. Я багато брешу.
70. Я більше прив'язаний до процесу роботи, ніж до відносин, що складаються на роботі або поза нею.
71. Здебільшого люди нестерпні.
72. Я б нізащо не пішов на фільм, де занадто багато сексуальних сцен.
73. Мене дратує те, що людям не можна довіряти.
74. Я робитиму все, щоб справити враження.
75. Я не розумію деяких своїх вчинків.
76. Я через силу дивлюся кінокартини, у яких багато насильства.
77. Я думаю, що ситуація у світі набагато краща, ніж більшість людей думає.



- 78. Коли у мене невдача, я не можу стримати поганого настрою.
- 79. Те, як люди одягаються зараз на пляжі, непристойне.
- 80. Я не дозволяю своїм емоціям захоплювати мене.
- 81. Я завжди планую найгірше, щоб не потрапитися зненацька.
- 82. Я живу так добре, що багато людей хотіли б опинитися в моєму становищі.
- 83. Коли я якось був сердитий, я так сильно саданув по чомусь, що випадково поранив себе.
- 84. Я відчуваю огиду, стикаючись із людьми низького морального рівня.
- 85. Я майже не пам'ятаю про свої перші роки у школі.
- 86. Коли я засмучений, я мимоволі вчиняю, як дитина.
- 87. Я волію говорити про свої думки, ніж про почуття.
- 88. Мені здається, що я не можу закінчити нічого з того, що я почав.
- 89. Коли я чую про жорстокість, це не чіпає мене.
- 90. У моїй сім'ї ніколи не суперечать один одному.
- 91. Я багато кричу на людей.
- 92. Ненавиджу людей, які топчуть інших, щоб просунутися вперед.
- 93. Коли я засмучений, я часто напиваюся.
- 94. Я щасливий, що маю менше проблем, ніж у більшості людей.
- 95. Коли щось засмучує мене, я сплю більше, ніж зазвичай.
- 96. Я знаходжу огидним, що більшість людей брешуть для того, щоб досягти успіху.
- 97. Я говорю багато непристойних слів.

## КЛЮЧІ

І етап обробки результатів

1. **Заперечення (Denial, D).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94.

2. **Витиснення (Repression, Rep).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89.

3. **Регресія (Regression, Reg).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95.

4. **Компенсація (Compensation, Com).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74.

5. **Проекція (Projection, Pro).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96.

6. **Заміщення (Displacement, Dis).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 83, 91; та по два «сирі» бали за відповідь «так» на твердження: 76, 97.

7. **Інтелектуалізація (Intellectualization, Int).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 70, 80, 81, 87; та по два «сирі» бали за відповідь «так» на твердження: 62.

8. **Реактивні утворення (Reaction formation, RF).** Рахується по одному «сирому» балу за відповідь «так» на твердження: 5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79.

## II етап обробки результатів

«Сирі» бали переводяться в «стандартні» відповідно до таблиці:

| Сирі бали | Den | Rep | Reg | Com | Pro | Dis | Int | RF |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| 0         | 0   | 2   | 1   | 2   | 2   | 4   | -   | 13 |
| 1         | 2   | 15  | 6   | 5   | 2   | 15  | 0   | 38 |
| 2         | 8   | 34  | 15  | 16  | 4   | 27  | 3   | 56 |
| 3         | 19  | 54  | 30  | 29  | 9   | 40  | 16  | 71 |
| 4         | 33  | 71  | 47  | 45  | 16  | 53  | 32  | 81 |
| 5         | 52  | 83  | 61  | 62  | 26  | 69  | 51  | 88 |
| 6         | 70  | 91  | 73  | 79  | 39  | 83  | 74  | 93 |
| 7         | 83  | 96  | 82  | 90  | 53  | 90  | 87  | 95 |
| 8         | 91  | 99  | 89  | 97  | 68  | 79  | 95  | 98 |
| 9         | 97  | -   | 93  | 99  | 99  | 99  | 96  | 99 |
| 10        | 99  | -   | 97  | -   | -   | -   | -   | -  |
| 11        | -   | -   | 99  | -   | -   | -   | -   | -  |
| 12        | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -  |

***Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)***  
***(Копінг-поведінка в стресових ситуаціях,***  
***N. S. Endler, J. D. A. Parker)***

**Інструкція:** В таблиці наведені можливі реакції людини на різні складні чи стресові ситуації. Поставте «галочку» у квадраті навпроти можливої реакції на стресову ситуацію, який найбільш відповідає вашому поведінню в складних умовах (оберіть тільки один варіант з: ніколи, рідко, іноді, часто, майже завжди).

| Типи поведінки в стресовій ситуації<br>(в стресовій, складній життєвій ситуації я ...) | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Майже<br>завжди |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-----------------|
| 1. Намагаюсь ретельно розподілити свій час.                                            |        |       |       |       |                 |
| 2. Зосереджуюсь на проблемі та думаю, як її можна вирішити.                            |        |       |       |       |                 |
| 3. Думаю про щось хороше, що було в моєму житті.                                       |        |       |       |       |                 |
| 4. Намагаюсь бути на людях.                                                            |        |       |       |       |                 |
| 5. Звинувачую себе за нерішучість.                                                     |        |       |       |       |                 |
| 6. Роблю те, що вважаю найпридатнішим у цій ситуації.                                  |        |       |       |       |                 |
| 7. Занурююсь у свій біль та страждання.                                                |        |       |       |       |                 |
| 8. Звинувачую себе за те, що опинився в цій ситуації.                                  |        |       |       |       |                 |
| 9. Ходжу магазинами, нічого не купуючи.                                                |        |       |       |       |                 |
| 10. Думаю, що для мене найголовніше.                                                   |        |       |       |       |                 |
| 11. Намагаюся більше спати.                                                            |        |       |       |       |                 |
| 12. Пестую себе улюбленою їжею.                                                        |        |       |       |       |                 |
| 13. Переживаю, що не можу впоратися із ситуацією.                                      |        |       |       |       |                 |
| 14. Зазнаю нервової напруги.                                                           |        |       |       |       |                 |
| 15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.                                 |        |       |       |       |                 |

| Типи поведінки в стресовій ситуації<br>(в стресовій, складній життєвій ситуації я ...)  | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Майже<br>завжди |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-----------------|
| 16. Кажу собі, що це відбувається не зі мною.                                           |        |       |       |       |                 |
| 17. Звинувачую себе за надто емоційне ставлення до ситуації                             |        |       |       |       |                 |
| 18. Іду кудись перекусити або пообідати.                                                |        |       |       |       |                 |
| 19. Переживаю емоційний шок.                                                            |        |       |       |       |                 |
| 20. Купую собі якусь річ.                                                               |        |       |       |       |                 |
| 21. Визначаю курс дій та дотримуюсь його.                                               |        |       |       |       |                 |
| 22. Звинувачую себе за те, що не знаю, що робити.                                       |        |       |       |       |                 |
| 23. Іду на вечірку.                                                                     |        |       |       |       |                 |
| 24. Намагаюся вникнути у ситуацію.                                                      |        |       |       |       |                 |
| 25. Застигаю, заморожуюся і не знаю, що робити.                                         |        |       |       |       |                 |
| 26. Негайно вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.                                     |        |       |       |       |                 |
| 27. Обдумую те, що сталося, або своє ставлення до нього                                 |        |       |       |       |                 |
| 28. Шкода, що не можу змінити того, що сталося, або своє ставлення до того, що сталося. |        |       |       |       |                 |
| 29. Іду в гості до друга.                                                               |        |       |       |       |                 |
| 30. Турбуюся про те, що я робитиму                                                      |        |       |       |       |                 |
| 31. Проводжу час із дорогою людиною.                                                    |        |       |       |       |                 |
| 32. Іду на прогулянку.                                                                  |        |       |       |       |                 |
| 33. Кажу собі, що це ніколи не станеться знову.                                         |        |       |       |       |                 |
| 34. Зосереджуюсь на своїх загальних недоліках.                                          |        |       |       |       |                 |
| 35. Розмовляю з тим, чиї поради я особливо ціную.                                       |        |       |       |       |                 |
| 36. Аналізую проблему перед реагуванням на неї.                                         |        |       |       |       |                 |

| Типи поведінки в стресовій ситуації<br>(в стресовій, складній життєвій ситуації я ...) | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Майже<br>завжди |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-----------------|
| 37. Дзвоню другу.                                                                      |        |       |       |       |                 |
| 38. Зазнаю роздратування.                                                              |        |       |       |       |                 |
| 39. Вирішаю, що тепер найважливіше робити.                                             |        |       |       |       |                 |
| 40. Дивлюся фільм.                                                                     |        |       |       |       |                 |
| 41. Контролюю ситуацію.                                                                |        |       |       |       |                 |
| 42. Докладаю додаткових зусиль, щоб усе зробити.                                       |        |       |       |       |                 |
| 43. Розробляю кілька різних шляхів розв'язання проблеми.                               |        |       |       |       |                 |
| 44. Беру відпустку чи відгул, віддаляюся від ситуації.                                 |        |       |       |       |                 |
| 45. Відіграюся на інших.                                                               |        |       |       |       |                 |
| 46. Намагаюся ретельно розподілити свій час.                                           |        |       |       |       |                 |
| 47. Зосереджуюсь на проблемі та думаю, як її можна вирішити.                           |        |       |       |       |                 |
| 48. Думаю про щось хороше, що було в моєму житті.                                      |        |       |       |       |                 |

## КЛЮЧІ

Під час обробки результатів необхідно отримати суму балів:

Для копінгу, орієнтованого на рішення завдань, рахується сума 16 пунктів: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копінгу, орієнтованого на емоції, рахується сума 16 пунктів: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копінгу, орієнтованого на запобігання, рахується сума 16 пунктів: 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Для копінгу, орієнтованого на відволікання (складається з 8 пунктів шкали копінгу, орієнтованого на запобігання): 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Для копіngu, орієнтованого на соціальне відволікання (складається з 5 пунктів шкали копіngu, орієнтованого на запобігання): 4, 29, 31, 35, 37.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Plutchik R., Kellermann H., Conte H. R. A structural theory of ego defences and emotions // Isard C. E. (ed.) Emotions in personality and psychopathology. – N.Y. : Plenum, 1979. – P. 229–257.
2. Защитные механизмы личности : Методические рекомендации / Сост. проф. В. В. Деларю. – Волгоград : ВолгГАСА, 2004. – 48 с.
3. Norman S. Endler; James D. A. Parker. Coping inventory for stressful situations (CISS) : Manual. Toronto : Multi-Health Systems, 1999. 75 p.
4. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : Учебное пособие – М. : Изд-во Института Психотерапии. 2002.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 6.2*****The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)***  
***(Чотиривимірна анкета симптомів)***

**Інструкція:** Поставте «галочку» в комірці, яка найбільше відповідає характеристиці Вашого стану протягом останніх 7 днів.

|                                                         | Ні | Іноді | Регулярно | Часто | Дуже часто<br>або постійно |
|---------------------------------------------------------|----|-------|-----------|-------|----------------------------|
| Чи були у Вас наступні скарги протягом останніх 7 днів: |    |       |           |       |                            |
| 1. Запаморочення/пресинкопальний стан?                  |    |       |           |       |                            |
| 2. Біль у м'язах?                                       |    |       |           |       |                            |
| 3. Непритомність?                                       |    |       |           |       |                            |
| 4. Біль у шиї?                                          |    |       |           |       |                            |
| 5. Біль у спині?                                        |    |       |           |       |                            |
| 6. Підвищена пітливість?                                |    |       |           |       |                            |
| 7. Прискорене серцебиття?                               |    |       |           |       |                            |
| 8. Головний біль?                                       |    |       |           |       |                            |
| 9. Відчуття здуття живота?                              |    |       |           |       |                            |
| 10. Затуманений зір/«мушки» перед очима?                |    |       |           |       |                            |
| 11. Відчуття нестачі повітря?                           |    |       |           |       |                            |
| 12. Нудота/розлад шлунку?                               |    |       |           |       |                            |
| 13. Біль у ділянці шлунку/животу?                       |    |       |           |       |                            |
| 14. Поколювання в пальцях?                              |    |       |           |       |                            |
| 15. Тиск у грудній ділянці?                             |    |       |           |       |                            |
| 16. Біль у грудях?                                      |    |       |           |       |                            |
| 17. Поганий/пригнічений настрій?                        |    |       |           |       |                            |
| 18. Безпричинний страх?                                 |    |       |           |       |                            |
| 19. Журіння?                                            |    |       |           |       |                            |

|                                                                 | Ні | Іноді | Регулярно | Часто | Дуже часто<br>або постійно |
|-----------------------------------------------------------------|----|-------|-----------|-------|----------------------------|
| 20. Неспокійний сон?                                            |    |       |           |       |                            |
| 21. Страх неясного походження?                                  |    |       |           |       |                            |
| 22. Байдужість до оточуючого?                                   |    |       |           |       |                            |
| 23. Тремтіння у присутності інших людей?                        |    |       |           |       |                            |
| 24. Тривога/панічні атаки?                                      |    |       |           |       |                            |
| Чи були у Вас наступні відчуття протягом останніх 7 днів:       |    |       |           |       |                            |
| 25. Напруження?                                                 |    |       |           |       |                            |
| 26. Роздратованості?                                            |    |       |           |       |                            |
| 27. Страху?                                                     |    |       |           |       |                            |
| 28. Відсутності сенсу будь-чого?                                |    |       |           |       |                            |
| 29. Що Ви більше нічого не можете робити?                       |    |       |           |       |                            |
| 30. Що життя нічого не варте?                                   |    |       |           |       |                            |
| 31. Що Вам більше не цікаві люди та речі, що Вас оточують?      |    |       |           |       |                            |
| 32. Що Ви більше не справляєтеся?                               |    |       |           |       |                            |
| 33. Що Вам би було легше, якщо Ви би померли?                   |    |       |           |       |                            |
| 34. Що нічого не приносить Вам задоволення більше?              |    |       |           |       |                            |
| 35. Що Ви знаходитесь у безвихідному становищі?                 |    |       |           |       |                            |
| 36. Що Ви не можете більше впоратися із ситуацією, що склалася? |    |       |           |       |                            |
| За останній тиждень, Ви:                                        |    |       |           |       |                            |
| 37. Відчували, що нічим не хочете займатися?                    |    |       |           |       |                            |
| 38. Міркували не так ясно, як раніше?                           |    |       |           |       |                            |
| 39. Мали проблеми із засинанням?                                |    |       |           |       |                            |
| 40. Боялися вийти з дому одні?                                  |    |       |           |       |                            |
| Протягом останнього тижня:                                      |    |       |           |       |                            |
| 41. Вас було легко схвилювати?                                  |    |       |           |       |                            |



|                                                                                                          | Ні | Іноді | Регулярно | Часто | Дуже часто<br>або постійно |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-----------|-------|----------------------------|
| 42. Ви боялися того, чого зовсім не варто було б боятися (тварин, висоти, маленьких приміщень тощо)?     |    |       |           |       |                            |
| 43. Вам було лячно подорожувати громадським транспортом?                                                 |    |       |           |       |                            |
| 44. Ви боялися зганьбитися перед іншими людьми?                                                          |    |       |           |       |                            |
| 45. Ви відчували, що Вам загрожує невідома небезпека?                                                    |    |       |           |       |                            |
| 46. У Вас були думки «Якби ж я помер»?                                                                   |    |       |           |       |                            |
| 47. Ви прокручували у голові думки/спогади про подію(-ії) Вашого життя, які Вас засмучували?             |    |       |           |       |                            |
| 48. Вам було дуже важко відганяти від себе неприємні думки про подію(-ії), що Вас засмучують?            |    |       |           |       |                            |
| 49. Ви уникали деяких місць, бо вони Вас лякали?                                                         |    |       |           |       |                            |
| 50. Ви були змушені по кілька разів на день повторювати одні і ті ж дії, перш ніж могли зробити щось ще? |    |       |           |       |                            |

## КЛЮЧІ

### Шкали:

**Сом** – соматизація;

**Дис** – дистрес;

**Тр** – тривога;

**Деп** – депресія.

| № питання | Шкала |
|-----------|-------|
| 1         | Сом   |
| 2         | Сом   |
| 3         | Сом   |
| 4         | Сом   |
| 5         | Сом   |
| 6         | Сом   |
| 7         | Сом   |
| 8         | Сом   |
| 9         | Сом   |
| 10        | Сом   |
| 11        | Сом   |
| 12        | Сом   |
| 13        | Сом   |
| 14        | Сом   |
| 15        | Сом   |
| 16        | Сом   |
| 17        | Дис   |
| 18        | Тр    |
| 19        | Дис   |
| 20        | Дис   |
| 21        | Тр    |
| 22        | Дис   |
| 23        | Тр    |
| 24        | Тр    |
| 25        | Дис   |

| № питання | Шкала |
|-----------|-------|
| 26        | Дис   |
| 27        | Тр    |
| 28        | Деп   |
| 29        | Дис   |
| 30        | Деп   |
| 31        | Дис   |
| 32        | Дес   |
| 33        | Деп   |
| 34        | Деп   |
| 35        | Деп   |
| 36        | Дис   |
| 37        | Дис   |
| 38        | Дис   |
| 39        | Дис   |
| 40        | Тр    |
| 41        | Дис   |
| 42        | Тр    |
| 43        | Тр    |
| 44        | Тр    |
| 45        | Тр    |
| 46        | Деп   |
| 47        | Дис   |
| 48        | Дис   |
| 49        | Тр    |
| 50        | Тр    |

**Відповіді додаються за кожною шкалою від 0 до 2 балів за кожную відповідь:**

0 балів – «ні»;

1 бал – «іноді»;

2 бали – для всіх інших варіантів відповідей («регулярно», «часто», «дуже часто або завжди»).

### **Результат може варіювати за кожною шкалою:**

Шкала дистресу – загальна сума балів від 0 до 32;

Шкала депресії – загальна сума балів від 0 до 12;

Шкала тривожності – загальна сума балів від 0 до 24;

Шкала соматизації – загальна сума балів від 0 до 32.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Terluin, B. (1994). Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Nervous breakdown substantiated. A study of the general practitioner's diagnosis of surmenage]. Ph.D. thesis. Utrecht: DETAM.
2. Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie [The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). A questionnaire to measure distress, depression, anxiety, and somatization]. Huisarts en Wetenschap, 39, P. 538–547.
3. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry 2006; 6: 34.
4. Смулевич А. Б. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня / А. Б. Смулевич, Н. Н. Яхно, Б. Терлуин и др. // Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2014. – С. 67–73.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 7.1

### ***Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36)***

#### ***Опитувальник неспецифічної якості життя***

#### **Інструкція:**

У цьому опитуванні запитуються Ваші погляди на Ваше здоров'я. Ця інформація допоможе в оцінюванні як Ви себе почуваєте і наскільки добре Ви можете виконувати свої звичні справи. Для кожного з наступних запитань обведіть число, яке найкраще описує Вашу відповідь.

#### **Шкала**

*1. У цілому Ви б оцінили свій стан здоров'я як:*

1. Відмінне
2. Дуже добре
3. Добре
4. Посереднє
5. Погане

*2. Як би Ви в цілому оцінили своє здоров'я зараз у порівнянні з тим, що було рік тому:*

1. Значно краще, ніж рік тому
2. Дещо краще, ніж рік тому
3. Приблизно таке саме, як рік тому
4. Дещо гірше, ніж рік тому
5. Набагато гірше, ніж рік тому

*3. Наступні питання стосуються дій, які Вам інколи доводиться виконувати протягом звичайного дня. Чи обмежує Вас стан здоров'я в теперішній час у виконанні перерахованих нижче дій? Якщо так, то якою мірою?*

| Дії                                                                                                | Так,<br>значно<br>обмежує | Так,<br>трохи<br>обмежує | Ні,<br>зовсім не<br>обмежує |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Тяжкі фізичні навантаження (біг, підняття тяжких речей, заняття силовими видами спорту)            |                           |                          |                             |
| Помірні фізичні навантаження (переміщення столу, робота з пирососом, гра в бадмінтон, збір грибів) |                           |                          |                             |
| Підняти та нести сумку з продуктами                                                                |                           |                          |                             |
| Піднятися пішки по сходах на декілька поверхів                                                     |                           |                          |                             |
| Піднятися пішки по сходах на 1 поверх                                                              |                           |                          |                             |
| Пригнутись, нахилитись або встати на коліна                                                        |                           |                          |                             |
| Пройти відстань більше одного кілометра                                                            |                           |                          |                             |
| Пройти декілька сотень метрів                                                                      |                           |                          |                             |
| Пройти сто метрів                                                                                  |                           |                          |                             |
| Самостійно помитися, вдягнутися                                                                    |                           |                          |                             |

4. Як часто за останні 4 тижні Ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі або іншій звичній активності по причині, пов'язаній із фізичним станом?

| Дії                                                                                       | Весь час | Більшу частину часу | Інколи | Рідко | Жодного разу |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|--------|-------|--------------|
| Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу та інші справи               |          |                     |        |       |              |
| Виконали менше, ніж хотіли                                                                |          |                     |        |       |              |
| Ви були обмежені у виконанні якогось певного виду роботи або іншої діяльності             |          |                     |        |       |              |
| Були труднощі при виконанні роботи або інших справ (наприклад, потребували більше зусиль) |          |                     |        |       |              |

5. Як часто за останні 4 тижні Ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі чи іншому звичному виді активності через емоційний стан (наприклад, депресії або занепокоєння)?

| Дії                                                                          | Весь час | Більшу частину часу | Інколи | Рідко | Жодного разу |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|--------|-------|--------------|
| Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи |          |                     |        |       |              |
| Виконали менше, ніж хотіли                                                   |          |                     |        |       |              |
| Виконували свою роботу або інші справи менш акуратно, ніж звичайно           |          |                     |        |       |              |

6. Наскільки Ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4-х тижнів заважав Вашому звичайному спілкуванню із сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?

1. Зовсім не заважав.
2. Трохи.
3. Помірний.
4. Сильно.
5. Дуже сильно.

7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували протягом останніх 4-х тижнів?

1. Зовсім не відчував.
2. Тільки дуже слабкий.
3. Слабкий.
4. Помірний.
5. Сильний.
6. Дуже сильний.

8. Якою мірою біль протягом останніх 4-х тижнів заважав Вам займатись Вашою звичною роботою?

1. Зовсім не заважав.

2. Трохи.
3. Помірно.
4. Сильно.
5. Дуже сильно.

9. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували, та яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь-ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, яка найбільш відповідає Вашим відчуттям. Як часто протягом останніх 4-х тижнів:

| Питання                                                                  | Весь час | Більшу частину часу | Інколи | Рідко | Жодного разу |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|--------|-------|--------------|
| Ви відчували себе бадьорим                                               |          |                     |        |       |              |
| Сильно нервували                                                         |          |                     |        |       |              |
| Відчували себе таким(ою) подавленим(ою), що ніщо не могло Вас збадьорити |          |                     |        |       |              |
| Відчували себе спокійним(ою) та умиротвореним(ою)                        |          |                     |        |       |              |
| Відчували себе повним(ою) сил та енергії                                 |          |                     |        |       |              |
| Відчували занепад духу або депресію                                      |          |                     |        |       |              |
| Відчували себе змученим(ою)                                              |          |                     |        |       |              |
| Відчували себе щасливим(ою)                                              |          |                     |        |       |              |
| Відчували себе втомленим(ою)                                             |          |                     |        |       |              |

10. Як часто за останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми (навідувати друзів, родичів і т. і.)?

1. Весь час.
2. Більшу частину часу.
3. Іноколи.
4. Рідко.
5. Жодного разу.

11. Наскільки вірно або невірно по відношенню до Вас кожне із перерахованих нижче тверджень?

| Твердження                                             | Безперечно вірно | В основному вірно | Не знаю | В основному невірно | Безперечно невірно |
|--------------------------------------------------------|------------------|-------------------|---------|---------------------|--------------------|
| Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші |                  |                   |         |                     |                    |
| Моє здоров'я не гірше, ніж у моїх знайомих             |                  |                   |         |                     |                    |
| Я очікую, що моє здоров'я погіршиться                  |                  |                   |         |                     |                    |
| У мене відмінне здоров'я                               |                  |                   |         |                     |                    |

### Обробка отриманих результатів та «ключі»

Шкали групуються у два показники: «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я»:

#### 1. Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)

Складові шкали:

- Фізичне функціонування
- Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом
- Інтенсивність болю
- Загальний стан здоров'я

#### 2. Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)

Складові шкали:

- Психічне здоров'я
- Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом
- Соціальне функціонування
- Життєва активність

В таблиці наведені номери питань, які відповідають шкалам (літери позначають номери питань в табличках опитувальника в алфавітному порядку)



| №<br>питан. | Шкала                                                      | Загальний показник<br>(компонент здоров'я)            |
|-------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 3а          | Фізичне функціонування – Physical Functiong (PF)           | Фізичний компонент здоров'я – Physical Health (PH)    |
| 3б          |                                                            |                                                       |
| 3в          |                                                            |                                                       |
| 3г          |                                                            |                                                       |
| 3д          |                                                            |                                                       |
| 3е          |                                                            |                                                       |
| 3ж          |                                                            |                                                       |
| 3з          |                                                            |                                                       |
| 3і          |                                                            |                                                       |
| 3к          |                                                            |                                                       |
| 4а          | Рольове фізичне функціонування – Role Physical (RP)        |                                                       |
| 4б          |                                                            |                                                       |
| 4в          |                                                            |                                                       |
| 4г          |                                                            |                                                       |
| 7           | Шкала болю – Bodily Pain (BP)                              |                                                       |
| 8           |                                                            |                                                       |
| 1           | Загальний стан здоров'я – General Health (GH)              |                                                       |
| 11а         |                                                            |                                                       |
| 11б         |                                                            |                                                       |
| 11в         |                                                            |                                                       |
| 11г         |                                                            |                                                       |
| 9а          | Шкала життєвості – Vitality (VT)                           | Психологічний компонент здоров'я – Mental Health (MH) |
| 9д          |                                                            |                                                       |
| 9ж          |                                                            |                                                       |
| 9и          |                                                            |                                                       |
| 6           | Шкала соціального функціонування – Social Functioning (SF) |                                                       |
| 10          |                                                            |                                                       |
| 5а          | Рольове емоційне функціонування – Role Emotional (RE)      |                                                       |
| 5б          |                                                            |                                                       |
| 5в          |                                                            |                                                       |
| 9б          | Психологічне здоров'я – Mental Health (MH)                 |                                                       |
| 9в          |                                                            |                                                       |
| 9г          |                                                            |                                                       |
| 9е          |                                                            |                                                       |
| 9з          |                                                            |                                                       |

1. Значення за шкалою «Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)»:

1) Підсумуйте бали, отримані при відповіді на запитання: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3і, 3к

$$PF_{\text{sum}} = PF_{63a} + PF_{3b} + PF_{3v} + PF_{3g} + PF_{3d} + PF_{3e} + PF_{3j} + PF_{3z} + PF_{3i} + PF_{3k}$$

2) Отриманий сумарний бал перерахуйте за таким ключем:

$$PF = ((PF_{\text{sum}} - 10) / 20) * 100$$

2. Значення за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP)»:

1) Підсумуйте бали, отримані при відповіді на запитання: 4а, 4б, 4г, 4д

$$RP_{\text{sum}} = RP_{4a} + RP_{4b} + RP_{4g} + RP_{4d}$$

2) Отриманий сумарний бал перерахуйте за таким ключем:

$$RP = ((RP_{\text{sum}} - 4) / 4) * 100$$

3. Значення за шкалою «Інтенсивність болю (Bodily pain – BP)»:

1) Перекодуйте бали, отримані при відповіді на запитання № 7 та № 8, відповідно до одного з вказаних ключів.

А. Якщо дано відповіді на обидва питання, то перекодуйте «сирий» бал по кожному питанню з використанням наступного «ключа»:

| «сирий» бал за питанням № 7<br>(BP7) | перерахований бал за питанням № 7<br>(BP7*) |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1                                    | 6                                           |
| 2                                    | 5,4                                         |
| 3                                    | 4,2                                         |
| 4                                    | 3,1                                         |
| 5                                    | 2,2                                         |
| 6                                    | 1                                           |
| «сирий» бал за питанням № 8<br>(BP8) | перерахований бал за питанням № 8<br>(BP8*) |
| 1 у разі, якщо BP7=1                 | 6                                           |
| 1 у разі, якщо BP7= від 2 до 6       | 5                                           |
| 2                                    | 4                                           |
| 3                                    | 3                                           |
| 4                                    | 2                                           |
| 5                                    | 1                                           |

В. Якщо дана відповідь на запитання № 7 та пропущена відповідь на запитання № 8, то перекодуйте «сирий» бал, отриманий за питання № 7 за ключем, який наведений нижче, а перерахунковий бал питання № 8 у цьому випадку буде вказуватись той самий, що й питання № 7.

| «сирий» бал<br>питання № 7<br>(BP7) | перерахований бал<br>за питанням № 7<br>(BP7*) | перерахований бал<br>за питанням № 8<br>(BP8*) |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1                                   | 6                                              | 6                                              |
| 2                                   | 5,4                                            | 5,4                                            |
| 3                                   | 4,2                                            | 4,2                                            |
| 4                                   | 3,1                                            | 3,1                                            |
| 5                                   | 2,2                                            | 2,2                                            |
| 6                                   | 1                                              | 1                                              |

С. Якщо дана відповідь на запитання № 8, але пропущена відповідь на запитання № 7, то перекодуйте «сирий» бал за питання № 8 за ключем, який наведений нижче, а перерахунковий бал питання № 7 вкажуть той самий, що й питання № 8.

| «сирий» бал<br>питання № 8<br>(BP8) | перерахований бал<br>за питанням № 8<br>(BP8*) | перерахований бал<br>за питанням № 7<br>(BP7) |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1                                   | 6                                              | 6                                             |
| 2                                   | 4,75                                           | 4,75                                          |
| 3                                   | 3,5                                            | 3,5                                           |
| 4                                   | 2,25                                           | 2,25                                          |
| 5                                   | 1                                              | 1                                             |

2) Підрахуйте значення за шкалою за формулою:

$$BP = [((BP7) + BP8) - 2] / 10 * 100$$

4. Значення за шкалою «Загальний стан здоров'я (General Health – GH)»

1) Перекодуйте питання № 1 за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (GH1) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (GH1) |
|----------------------------------|--------------------------------------------|
| 1                                | 5                                          |
| 2                                | 4,4                                        |
| 3                                | 3,4                                        |
| 4                                | 2                                          |
| 5                                | 1                                          |

2) Перекодуйте питання 11б за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (GH11б) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (GH11б*) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1                                  | 5                                             |
| 2                                  | 4                                             |
| 3                                  | 3                                             |
| 4                                  | 2                                             |
| 5                                  | 1                                             |

3) Перекодуйте питання 11г за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (GH11г) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (GH11г*) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1                                  | 5                                             |
| 2                                  | 4                                             |
| 3                                  | 3                                             |
| 4                                  | 2                                             |
| 5                                  | 1                                             |

4) Підрахуйте суму:

$$GH_{\text{sum}} = GH1^* + GH11a + GH11б^* + GH11в + GH11г^*$$

5) Підрахуйте значення шкали за формулою:

$$GH = ((GH_{\text{sum}} - 5) / 20) * 100$$

5. Значення за шкалою «Життєва активність (Vitality – VT)»

1) Перекодуйте питання 9а за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (VT9a) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (VT9a*) |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1                                 | 6                                            |
| 2                                 | 5                                            |
| 3                                 | 4                                            |
| 4                                 | 3                                            |
| 5                                 | 2                                            |
| 6                                 | 1                                            |

1) Перекодуйте питання 9д за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (VT9д) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (VT9д*) |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1                                 | 6                                            |
| 2                                 | 5                                            |
| 3                                 | 4                                            |
| 4                                 | 3                                            |
| 5                                 | 2                                            |
| 6                                 | 1                                            |

2) Підрахуйте суму:

$$SF_{\text{sum}} = SF6^* + SF10$$

3) Підрахуйте значення шкали за формулою:

$$SF = ((SF_{\text{sum}} - 2) / 8) * 100$$

7. Значення за шкалою «Рольове функціонування (Role-Emotional – RE)»

1) Підрахуйте суму балів, отриманих при відповіді на запитання: 5а, 5б, 5в

$$RE_{\text{sum}} = RE5a + RE5б + RE5в$$

2) Підрахуйте значення шкали за формулою:

$$RE = ((RE_{\text{sum}} - 3) / 3) * 100$$

8. Значення за шкалою «Психічне здоров'я (Mental Health – MH)»

1) Перекодуйте питання 9г за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (МН9г) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (МН9г*) |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1                                 | 6                                            |
| 2                                 | 5                                            |
| 3                                 | 4                                            |
| 4                                 | 3                                            |
| 5                                 | 2                                            |
| 6                                 | 1                                            |

2) Перекодуйте питання 9з за ключем:

| «сирий» бал питання<br>№ 1 (МН9з) | перерахований бал за питанням<br>№ 1 (МН9з*) |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1                                 | 6                                            |
| 2                                 | 5                                            |
| 3                                 | 4                                            |
| 4                                 | 3                                            |
| 5                                 | 2                                            |
| 6                                 | 1                                            |

3) Підрахуйте суму:

$$МНsum = МН9б + МН9в + МН9г* + МН9е + МН9з*$$

4) Підрахуйте значення шкали за формулою:

$$МН = ((МНsum - 5) / 25) * 100$$

9. Значення загальних показників «Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)» та «Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)»

1) Підрахуйте Z-значення за восьми шкалами опитувальника за формулами:

$$PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490$$

$$RP-Z = (RP - 81,19907) / 33,797290$$

$$BP-Z = (BP - 75,49196) / 23,558790$$

$$GH-Z = (GH - 72,21316) / 20,16964$$

$$VT-Z = (VT - 61,05453) / 20,86942$$

$$SF-Z = (SF - 83,59753)/22,37642$$

$$RE-Z = (RE - 81,29467)/33,02717$$

$$MH-Z = (MH - 74,84212)/18,01189$$

2) Підрахуйте значення показника «Фізичний компонент здоров'я (PH)» за такою формулою:

$$PHsum = (PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-Z * 0,31754) + (SF-Z * -0,00753) + (MH-Z * -0,22069) + (RE-Z * -0,19206) + (VT-Z * 0,02877) + (GH-Z * 0,24954) \\ PH = (PHsum * 10) + 50$$

3) Підрахуйте значення показника «Психічний компонент здоров'я (MH)» за такою формулою:

$$MHsum = (PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH-Z * 0,48581) + (RE-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (GH-Z * -0,01571) \\ PH = (MHsum * 10) + 50$$

### **Оцінка результатів тестування:**

0–20 % – низький показник якості життя;

21–40 % – понижений показник якості життя;

41–60 % – середній показник якості життя;

61–80 % – підвищений показник якості життя;

81–100 % – високий показник якості життя.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32(4):40-66.
2. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
3. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 7.2

### ***Edinburgh Postnatal Depression Scale*** ***Единбурзька шкала післяпологової депресії***

#### **Інструкція:**

Якщо Ви вагітні або нещодавно народили дитину, ми б хотіли дізнатися, як Ви себе відчуваєте. Будь ласка, підкресліть відповідь, яка найбільше відповідає Вашому самопочуттю *впродовж останніх 7 днів* (саме останні 7 днів, а не сьогодні).

#### **Впродовж останніх 7 днів:**

##### **1. Я могла сміятися та помічати смішні сторони речей**

- ☐ Настільки, наскільки я могла робити це завжди.
- ☐ Не так часто, як раніше
- ☐ Значно рідше, ніж раніше
- ☐ Зовсім не могла

##### **2. Я прямувала у майбутнє, насолоджуючись моментами**

- ☐ Так, як і раніше
- ☐ Рідше, ніж раніше
- ☐ Значно рідше, ніж раніше
- ☐ Зовсім цього не робила

##### **3. Я безпідставно звинувачувала себе, коли щось відбувалося не так**

- ☐ Так, більшість часу
- ☐ Так, іноді
- ☐ Не дуже часто
- ☐ Ні, ніколи

##### **4. Я відчувала тривогу або переживала без вагомих причин**

- ☐ Зовсім ні
- ☐ Дуже рідко
- ☐ Так, іноколи
- ☐ Так, дуже часто



**5. Мені було страшно (або я відчувала паніку) без вагомих підстав**

- ☐ Так, досить часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Ні, нечасто
- ☐ Зовсім ні

**6. Я вже не в змозі впоратися з усім цим**

- ☐ Так, більшу частину часу я не була в змозі впоратися
- ☐ Так, іноді я не справлялася так, як зазвичай
- ☐ Ні, більшу частину часу я справлялась досить добре
- ☐ Ні, я справлялась так само добре, як завжди

**7. Я почувалась настільки нещасливою, що мала труднощі зі сном**

- ☐ Так, більшу частину часу
- ☐ Так, іноді
- ☐ Не дуже часто
- ☐ Зовсім ні

**8. Я почувалася сумною або нещасною**

- ☐ Так, більшість часу
- ☐ Так, досить часто
- ☐ Не дуже часто
- ☐ Зовсім ні

**9. Я почувалася такою нещасливою, що плакала**

- ☐ Так, більшість часу
- ☐ Так, досить часто
- ☐ Іноді
- ☐ Ні, ніколи

**10. У мене були думки заподіяти собі шкоду**

- ☐ Так, досить часто
- ☐ Іноколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Ніколи

### **Підрахунок балів та інтерпретація**

Пункти 1, 2 і 4 підраховуються в прямих значеннях (0, 1, 2, 3 бали відповідно до обраної відповіді зверху до низу).

Інші пункти підраховуються в зворотних значеннях (3, 2, 1, 0 бали відповідно до обраної відповіді зверху до низу).

Бали за всіма десятима пунктами підсумовуються.

Бали 8–9 і вище свідчать про високу ймовірність післяпологової депресії.

Бали вище 13 (при максимумі в 30 балів) свідчать про вкрай високу ймовірності післяпологової депресії та абсолютні показання для проведення психіатричного огляду.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 7.3*****Geriatric Depression Scale (GDS)***  
***Геріатрична скринінгова шкала депресії*****Інструкції для пацієнта**

Наступні питання стосуються повсякденного настрою, поведінки та почуттів. Будь ласка, виберіть найкращу відповідь щодо того, як Ви почувалися протягом минулого тижня. Я буду читати питання і хотів би, щоб Ви відповіли «так» чи «ні».

1. Чи задоволені Ви в цілому Вашим життям?
2. Чи перестали Ви займатися багатьма видами діяльності, чи втратили зацікавленість?
3. Чи відчуваєте Ви, що Ваше життя порожнє?
4. Ви часто нудьгуєте?
5. Чи сповнені Ви сподівань на майбутнє?
6. Чи турбують Вас думки, які Ви не можете викинути з голови?
7. Ви в гарному настрої більшу частину часу?
8. Чи боїтеся Ви, що з Вами станеться щось погане?
9. Чи відчуваєтеся Ви щасливим більшу частину часу?
10. Чи часто Ви відчуваєтеся безпорадним?
11. Чи часто Ви відчуваєте занепокоєння і метушливість?
12. Ви вважаєте за краще залишатися вдома, а не виходити кудись в справах?
13. Чи часто Ви турбуєтеся про майбутнє?
14. Чи здається Вам, що у Вас більше проблем із пам'яттю, ніж у більшості інших людей?
15. Як Ви думаєте, це чудово – бути зараз живим?
16. Чи часто Ви відчуваєте занепад духом і тугу?
17. Чи відчуваєтеся Ви нікчемним на даний момент?
18. Ви багато турбуєтеся про минуле?
19. Чи здається Вам життя дуже захопливим?

20. Чи тяжко Вам починати роботу над новими завданнями?
21. Чи відчуваєте Ви себе повним енергії?
22. Чи маєте Ви відчуття, що Ваша ситуація безнадійна?
23. Чи думаєте Ви, що більшість людей кращі, ніж Ви?
24. Чи часто Ви засмучуєтесь через дрібниці?
25. Чи часто Ви почуваєтесь плаксивим?
26. Чи є у Вас труднощі з концентрацією?
27. Вам подобається вставати вранці? 0 1
28. Чи вважаєте Ви за краще уникати соціальних подій?
29. Чи легко Вам приймати рішення?
30. Чи Ваш розум такий само ясний, як раніше?

За відповіді «ні» на запитання 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 на-  
раховується по 1 балу. За відповіді «так» на усі інші запитання на-  
раховується по 1 балу. Кінцевим результатом є сума усіх балів, на-  
рахованих за відповіді «ні» і «так».

Загальна кількість балів:

0–10 – Норма

11–20 – Помірна депресія

21–30 – Важка депресія

***Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)***  
***Корнельська шкала депресії при деменції***

|                                                                                                                                    | <b>a</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>A. СИМПТОМИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НАСТРОЕМ</b>                                                                                           |          |          |          |          |
| 1. Тривога: тривожний вираз, задуманість, занепокоєння                                                                             |          |          |          |          |
| 2. Сум: сумний вираз, сумний голос, плаксивість                                                                                    |          |          |          |          |
| 3. Відсутність реакції на поточні події                                                                                            |          |          |          |          |
| 4. Дратівливість: роздратована, запальність                                                                                        |          |          |          |          |
| <b>B. ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ</b>                                                                                                      |          |          |          |          |
| 5. Ажитация: занепокоєння, заламування рук, висмикування волосся                                                                   |          |          |          |          |
| 6. Загальмованість: повільні рухи, мовлення, реакції                                                                               |          |          |          |          |
| 7. Чисельні фізичні скарги (оцінка – 0, якщо тільки шлунково-кишкові симптоми)                                                     |          |          |          |          |
| 8. Втрата інтересу: менше залучення у повсякденну діяльність (оцінка тільки якщо зміни відбулися гостро, менш, ніж за один місяць) |          |          |          |          |
| <b>C. ФІЗИЧНІ ОЗНАКИ</b>                                                                                                           |          |          |          |          |
| 9. Втрата апетиту: їси менше, ніж зазвичай                                                                                         |          |          |          |          |
| 10. Втрата ваги (оцінка – 2, якщо більш, ніж на 5 фунтів (2 кг 250 г) за один місяць)                                              |          |          |          |          |
| 11. Недостатність енергії: легко втомлюється, не в змозі підтримувати активність                                                   |          |          |          |          |
| <b>D. ЦИКЛІЧНІ ФУНКЦІЇ</b>                                                                                                         |          |          |          |          |
| 12. Добові зміни настрою: настрій погіршується вранці                                                                              |          |          |          |          |
| 13. Труднощі з засинанням: засинає пізніше, ніж завжди для цієї людини                                                             |          |          |          |          |
| 14. Багаторазове пробудження вночі                                                                                                 |          |          |          |          |
| 15. Раннє пробудження: раніше, ніж завжди для цієї людини                                                                          |          |          |          |          |

|                                                                                                                                 | а | 0 | 1 | 2 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>Е. ІДЕАТОРНІ ПОРУШЕННЯ</b>                                                                                                   |   |   |   |   |
| 16. Самогубство: відчуває, що життя не варте того, щоб продовжувати існувати, має суїцидальні задуми, робить суїцидальну спробу |   |   |   |   |
| 17. Знижена самооцінка: самозвинувачення, знецінення себе, відчуття невдачі                                                     |   |   |   |   |
| 18. Песимізм: передчуття гіршого                                                                                                |   |   |   |   |
| 19. Конгруентний маревний настрій: маревні ідеї бідності, хвороби чи втрати                                                     |   |   |   |   |

### **Система підрахунку балів:**

а = не в змозі оцінити;

0 = відсутні;

1 = легкого ступеня або переривчасті;

2 = важкого ступеня.

Результат більше 12 балів – можлива депресія.

## ТЕСТ «МІНІ-КОГ» (MINI-COG)

### Крок 1: Запам'ятовування трьох слів

Подивіться прямо на людину і скажіть: «Будь ласка, слухайте уважно. Я збираюся сказати три слова, які треба повторити і намагатися запам'ятати (один список слів із версій нижче). Якщо людина не в змозі повторити слова після трьох спроб, перейдіть до кроку 2 (малювання годинника).

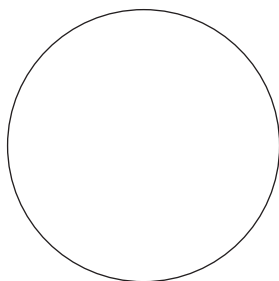
Для повторного проведення тесту рекомендується використовувати альтернативний список слів (іншу версію).

| Версія 1 | Версія 2 | Версія 3 | Версія 4 | Версія 5 | Версія 6 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Банан    | Ведучий  | Село     | Річка    | Капітан  | Донька   |
| Світанок | Сезон    | Кухня    | Нація    | Сад      | Небо     |
| Стілець  | Таблиця  | Дитина   | Палець   | Картина  | Гора     |

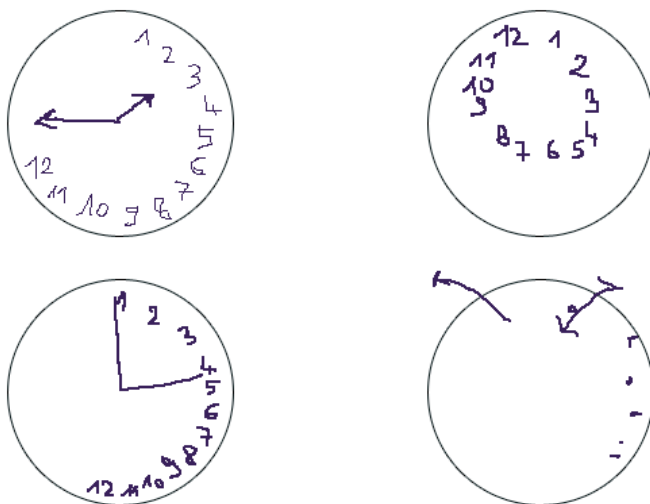
### Крок 2: Малювання годинника

Треба сказати пацієнту: «Далі, я хочу, щоб Ви намалювали годинник. Спочатку введіть усі цифри, які на ньому повинні бути. Коли це завдання буде завершено, треба сказати: «Тепер поставте стрілки на 11 годин 10 хвилин. Для цього завдання слід використовувати попередньо роздруковане коло (мал. 1 і 2). Якщо потрібно, інструкцію можна повторювати, бо це не тест для перевірки пам'яті.

Якщо завдання з годинником не закінчено протягом 3 хвилин, слід перейти до кроку 3.



Малюнок 1. Коло для позначення стрілок годинника.



**Малюнок 2. Можливі варіанти виконання 2 кроку пацієнтами, які страждають на деменцію.**

### **Крок 3. Пригадування трьох слів**

Попросіть пацієнта згадати три слова, які Ви сказали на кроці 1. Слід сказати: «Які були три слова, що я попросив вас запам'ятати?» Запишіть номер версії списку слів і відповіді людини нижче.

**Версія списку слів:** \_\_\_\_\_ **Відповіді людини:** \_\_\_\_\_

### **Оцінювання результатів**

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Пригадування слів:<br>_____ (0–3 бали)     | 1 бал за кожне слово, яке пацієнт пригадав самостійно                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Малюнок годинника:<br>_____ (0 або 2 бали) | Нормальний годинник – 2 бали. Нормальний годинник повинен мати всі години, розміщені у правильній послідовності та приблизно правильне положення, не маючи пропущених чи повторюваних чисел. Стрілки повинні вказувати на 11:10. Довжина стрілок не враховується. Неможливість або відмова намалювати годинник – 0 балів. |
| Загальний бал: _____ (0–5 балів)           | Загальний бал = оцінка пригадування слів + оцінка рейтингу годинника.                                                                                                                                                                                                                                                     |



Показник виявлення деменції <3 на Mini-Cog було підтверджено для скринінгу деменції, але багато людей з клінічно значущими когнітивними порушеннями набирають більший результат. Якщо бажана більша чутливість, рекомендується показник <4, оскільки це може означати необхідність подальшої оцінки когнітивного статусу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17:37-49.
2. Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271-84.
3. Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–1454.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 8.1*****Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)***  
***Модифікована шкала суїцидальних ідей***

**Інструкція:** Метою цієї шкали є оцінка наявності чи відсутності суїцидальних думок та ступеня тяжкості суїцидальних ідей. Коли будете задавати запитання, враховуйте для оцінювання свого стану часові рамки з моменту співбесіди та попередніх 48 годин.

**Шкала MSSI****1. Бажання померти**

Протягом останніх днів чи двох ви думали про бажання померти? Ви хочете померти зараз?

(Якщо пацієнт хоче померти, запитайте: як часто протягом останніх одного-двох днів у Вас з'являлася думка, що Ви хочете померти? Іноді? Досить часто? Дуже часто? Коли Ви бажали смерті, наскільки сильним було це бажання? Слабе? Помірне? Дуже сильне?)

0. Бажання померти відсутнє – немає поточного бажання померти, не думав про бажання померти.
1. Бажання померти слабе – не впевнений, чи хоче він/вона померти, рідко думає про смерть, або інтенсивність бажання низька.
2. Бажання померти помірне – присутнє поточне бажання померти, може бути зайнятий ідеями про смерть, або інтенсивність виявляється більшою за оцінку 1.
3. Бажання померти сильне – присутнє бажання смерті, висока частота або висока інтенсивність протягом останніх одного-двох днів.

**2. Бажання жити**

За останні один-два дні Ви думали, що хочете жити? Вам байдуже, жити чи померти?

(Якщо пацієнт хоче жити, запитайте: за останні один-два дні, як часто ви думали про бажання жити? Іноді? Часто? Дуже часто? Наскільки Ви впевнені, що дійсно хочете жити?)

0. Бажання жити сильне – присутнє поточне бажання жити, висока частота або висока інтенсивність.
1. Бажання жити помірне – присутнє поточне бажання жити, думає про бажання жити досить часто, може легко відвернути свої думки від смерті або інтенсивність здається більше, ніж оцінка 2.
2. Бажання жити слабке – присутнє невпевненість у тому, чи хоче він/вона жити, випадкові думки про життя чи їх інтенсивність є низькою.
3. Бажання жити відсутнє – пацієнт не хоче жити.

### **3. Бажання здійснити активну спробу самогубства**

Протягом останніх одного-двох днів, коли Ви думали про самогубство, чи хотіли Ви вбити себе? Як часто? Іноді? Часто? Дуже часто?

Ви хочете зараз вбити себе?

0. Бажання немає – пацієнт міг мати думки, але не хоче робити спроби.
1. Бажання слабке – пацієнт не впевнений, чи хоче він спробувати вбити себе.
2. Бажання помірне – хотів діяти на основі думок принаймні один раз за останні 48 годин.
3. Бажання сильне – хотів діяти на основі думок кілька разів і/або майже впевнений, що хоче вбити себе.

### **4. Пасивна спроба самогубства**

Змогли б Ви зараз свідомо ігнорували турботу про своє здоров'я? Вам хочеться померти, вживаючи їжі занадто багато (замало), випиваючи алкоголю занадто багато (занадто мало) або не приймаючи необхідних ліків?

Чи не виникало у Вас бажання зробити щось із цих речей протягом останніх одного-двох днів?

Протягом останніх одного-двох днів Ви думали, що було б кращим залишити життя чи прийняти випадкову смерть, наприклад, необережно переходити вулицю, необережно керувати автомобілем або навіть гуляти на самоті вночі в кримінально-небезпечній частині міста?

0. Спроба відсутня – вжив би запобіжних заходів, щоб зберегти життя.
1. Слабка спроба – пацієнт не впевнений, чи залишив би життя чи хотів би випадкової смерті, чи хоча б раз за останні два дні думав про те, щоб зіграти з долею.
2. Помірна спроба – залишив би життя чи хотів би випадкової смерті, майже впевнений, що він/вона буде грати з долею.
3. Сильна спроба – уникнення кроків, необхідних для підтримки або порятунку життя, наприклад, припинення прийому необхідних ліків.

ІНСТРУКЦІЯ: Якщо пункт 1 і пункт 2 отримають менше, ніж «2», а пункти 3 і 4 – «0», тоді ЗУПИНІТЬСЯ І НЕ ПРОВODІТЬ ПОДАЛЬШЕ ТЕСТУВАННЯ. В іншому випадку продовжуйте тестування до кінця

### **5. Тривалість думок**

Протягом останніх одного-двох днів коли Ви думали про самогубство, як довго тривали ці думки?

Чи були вони швидкоплинними, наприклад, кілька секунд?

Чи виникали вони на деякий час, а потім припинилися, наприклад, на кілька хвилин?

Чи відбувалися вони протягом більш тривалого періоду, наприклад, годину за раз?

Вони тривали до того моменту, доки ви не змогли викинути їх із голови?

0. Миттєві думки – секундні періоди.
1. Короткотривалі думки – кілька хвилин.
2. Довготривалі думки – годину і більше.
3. Майже безперервні думки – пацієнту важко відвернути увагу від суїцидальних думок, не може вигнати їх із свідомості.

## **6. Частота суїцидальних ідей**

Як часто ви думали про самогубство протягом останніх одного-двох днів? Один раз на день? Раз на годину? Більше того? Весь час?

0. Рідкі ідеї – один раз за останні 48 годин.
1. Ідеї низької частоти – двічі або більше за останні 48 годин.
2. Переривчасті ідеї – приблизно кожен годину.
3. Постійні ідеї – кілька разів на годину.

## **7. Інтенсивність суїцидальних думок**

Протягом останніх одного-двох днів, коли Ви думали про самогубство, чи були Ваші думки інтенсивними (сильними)?

Наскільки інтенсивними вони були? Дуже слабкі? Слабкі? Помірні? Сильні?

0. Дуже слабкі.
1. Слабкі.
2. Помірні.
3. Сильні.

## **8. Перешкоди для активних спроб**

Чи можете Ви придумати щось, що могло б утримати Вас від самогубства? (Ваша релігія, традиції для Вашої родини, ймовірність того, що Ви можете стати інвалідом, якщо не вдасться).

0. Безсумнівний стримуючий фактор – не намагався б покінчити життя самогубством через стримуючі фактори.  
Пацієнт повинен назвати один стримуючий фактор.
1. Ймовірний фактор стримування – можна назвати хоча б один фактор стримування, але він повністю не виключає самогубство.
2. Сумнівний стримуючий фактор – пацієнт має проблеми з назвами будь-яких стримуючих факторів, зосереджений на перевагах самогубства, мінімальне занепокоєння щодо стримуючих факторів.
3. Немає стримуючих факторів – немає турботи про наслідки для себе чи інших.

## **9. Причини життя і смерті**

Чи можете Ви зараз придумати причини, чому Ви повинні залишитися в живих? А за останні один-два дні?

Протягом останніх одного-двох днів Ви думали, що у Вашому житті відбуваються речі, які змушують Вас померти?

(Якщо пацієнт каже, що є чіткі причини для життя і смерті, запитайте, які вони є, і напишіть їх дослівно у наданому розділі. Поставте інші запитання)

### **Живий Вмирає**

Чи вважаєте Ви, що Ваші причини вмерти вагоміші за причини жити? Чи вважаєте Ви, що Ваші причини життя вагоміші за причини вмерти?

Чи вважаєте Ви, що Ваші причини жити і померти приблизно однакові за силою, 50 на 50?

0. Пацієнт не має причин для смерті, йому ніколи не спало на думку визначитися з причинами вмерти.
1. Має причини жити і іноді думає про причини вмерти.
2. Не впевнений які причини є вагомішими: причини життя і померти приблизно однакові, або причини померти трохи переважають причини жити.
3. Причини померти значно переважають над причинами жити, не може придумати жодних причин для життя.

### **Метод самогубства:**

Протягом останніх одного-двох днів Ви думали про спосіб вбити себе, про метод, який Ви могли б використати?

Чи знаєте Ви, де взяти ці матеріали?

Ви думали стрибнути з високого місця? Куди б Ви стрибнули? Чи замислювалися Ви про використання автомобіля, щоб вбити себе? Вашого чи чужого? Яку магістраль чи дорогу Ви б використали?

Коли б Ви спробували вбити себе? Чи є якась особлива подія (наприклад, ювілей, день народження), з якою Ви хотіли б пов'язати своє самогубство?

Чи думали Ви про інші способи вбити себе? (дослівно зазначте деталі).

(Інтерв'юер повинен намагатися отримати якомога детальніший опис плану пацієнта та ступеня його конкретності – запишіть цю інформацію в описі нижче, а потім оцініть пункт 10)

для опису \_\_\_\_\_

для опису \_\_\_\_\_

для опису \_\_\_\_\_

### **10. Ступінь конкретності/планування**

0. Не враховано, метод не продуманий.
1. Мінімальні міркування.
2. Помірні міркування.
3. Деталі опрацьовані, плани добре сформульовані.

### **11. Доступність/можливість самогубства:**

Протягом останніх одного-двох днів Ви думали, що Вам доступні способи покінчити життя самогубством?

Чи знадобиться час/зусилля, щоб створити можливість вбити себе?

Чи передбачаєте Ви можливості, які з'являться у Вас найближчим часом (наприклад, виписка з лікарні)?

0. Метод самогубства недоступний, немає можливості.
1. Метод самогубства потребуватиме часу/зусиль, можливості недоступні, наприклад, доведеться придбати отрути, отримати рецепт, позичити чи купити зброю.
2. Очікувана можливість або доступність самогубства у майбутньому – якщо пацієнт перебуває в лікарні, коли пацієнт повернеться додому, у нього будуть в наявності таблетки чи пістолет.
3. Доступний метод/можливість самогубства – доступні методи (таблетки, пістолет, автомобіль тощо), пацієнт, можливо, вибрав певний час.

### **12. Відчуття сміливості здійснити спробу**

Як Ви думаєте, чи вистачить Вам сміливості покінчити життя самогубством?

0. Немає сміливості, занадто слабкий, боїться.
1. Невпевнений у сміливості.
2. Цілком впевнений.
3. Дуже впевнений.

### **13. Здатність**

Як ви думаєте, чи здатні Ви покінчити життя самогубством?

Чи можете Ви здійснити необхідні кроки, щоб забезпечити успішне самогубство?

Наскільки Ви впевнені, що зможете ефективно покласти край своєму життю?

0. Нездатний.
1. Не впевнений.
2. Дещо впевнений.
3. Перекоаний, що він/вона може це зробити.

### **14. Очікування фактичної спроби**

Протягом останніх одного-двох днів Ви думали, що самогубство – це те, що Ви дійсно можете зробити колись?

Яка зараз ймовірність, що Ви спробуєте вбити себе, якщо залишитеся наодинці з собою?

Ви думаєте, що шанси менше 50 %? Приблизно рівні? Більше 50 %?

0. Пацієнт каже, що точно не намагався б.
1. Не впевнений – може зробити спробу, але шанси менше 50 % або приблизно рівні, 50–50.
2. Майже впевнений – ймовірність того, що він/вона спробує покінчити життя самогубством, перевищує 50 %.
3. Впевнений – пацієнт зробить спробу, якщо залишити його самого (тобто, якщо він не в лікарні або не спостерігається).

### **15. Розмови про смерть/самогубство**

За останні один-два дні Ви помітили, що говорите про смерть більше, ніж зазвичай?

Чи можете Ви пригадати, чи говорили Ви з кимось, навіть жартома, про те, що Ви можете вітати смерть або намагатися вбити себе?



Чи довіряли Ви близькому другу, релігійному працівнику чи колезі по роботі, що має намір покінчити життя самогубством?

0. Жодних розмов про смерть/самогубство.
1. Ймовірно, говорив про смерть більше, ніж зазвичай, але жодних конкретних згадок про бажання смерті. Можливо, натякав на самогубство використовуючи гумор.
2. Конкретно сказав, що він/вона хоче померти.
3. Впевнений, що він/вона планує покінчити життя самогубством.

### **16. Письмова розмова про смерть/самогубство**

Чи писали Ви про смерть/самогубство, наприклад, вірші, в особистому щоденнику?

0. Немає жодного письмового матеріалу.
1. Загальні зауваження щодо смерті.
2. Конкретне посилання на бажання смерті.
3. Конкретне посилання на плани самогубства.

### **17. Передсмертна записка**

Протягом останніх одного-двох днів Ви думали про те, щоб залишити записку чи написати комусь листа про своє самогубство?

Знаєте, що б Ви в ній написали? Для кого б Ви залишили цю записку? Ви вже виписали таку записку?

Де Ви її залишили?

0. Повна відсутність – навіть не думав про передсмертну записку.
1. «Пам'ятна записка» – думав про передсмертну записку, про тих кому він/вона може її дати, можливо опрацював загальні теми, які б помістили в записці (наприклад, бути тягарем для інших тощо)
2. Розпочата записка – передсмертна записка написана частково, можливо вона неправильно розташована.
3. Заповнена записка – записка написана, визначені плани щодо змісту, адресат.

### **18. Фактична підготовка**

Протягом останніх одного-двох днів Ви дійсно робили щось для підготовки до свого самогубства, наприклад, збирали матеріал, таблетки, зброю тощо?

0. Немає – немає підготовки.
1. Ймовірна підготовка – пацієнт не впевнений, можливо почав збирати матеріали.
2. Часткова підготовка – однозначно почав організовувати метод самогубства.
3. Завершена підготовка – має таблетки, пістолет або інші пристрої, які йому потрібні, щоб убити себе.

### **Обробка отриманих результатів**

Підраховується загальна сума балів за всіма 18 розділами шкали (результат може бути від «0» до 54» балів).

### **Інтерпретація отриманих результатів**

- 0–8 – Низька кількість суїцидальних ідей
- 9–20 – Легкі чи помірні суїцидальні ідеї
- 21 та більше – Тяжкі суїцидальні ідеї

## ***Suicidal Affect Behavior Cognition Scale (SABCS)***

### ***Шкала суїцидальних афекту-поведінки-пізнання***

**Інструкція:** Ми хотіли б задати Вам кілька особистих запитань, пов'язаних із самогубством. Будь ласка, вкажіть відповідь, яка найбільше підходить для Вас, замалювавши коло біля неї. На кожне запитання відмічайте тільки одну відповідь.

#### **Приклад:**

Протягом минулого року, як часто Ви відчували, що Вам краще померти?

Ніколи – ○ – ○ – ○ – ○ – ● – ○ – Дуже часто

#### **Шкала**

##### **1. Ви коли-небудь думали або намагалися вбити себе?**

- Ніколи  
○ Це була лише короткочасна думка  
○ У мене принаймні один раз був план вбити себе, але я не намагався це зробити  
○ Я намагався вбити себе, але не хотів помирати  
○ У мене принаймні один раз був план убити себе, і я дуже хотів померти  
○ Я намагався вбити себе і дуже хотів померти

##### **2. Як часто Ви думали про самогубство протягом останнього року?**

Ніколи – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – Дуже часто

##### **3. У минулому році у Вас були внутрішні суперечки (у Вашій голові) про те, жити чи померти?**

Ніколи – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – Дуже часто

##### **4. Прямо зараз у Вас є бажання жити?**

Зовсім ні – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – Дуже сильне

##### **5. Наскільки зараз Ви хочете померти?**

Зовсім ні – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – Дуже сильно

##### **6. Наскільки ймовірно, що колись Ви спробуєте покінчити життя самогубством?**

Зовсім ні – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – ○ – Цілком ймовірно

## Ключі

Бали рахуються за відповіді на

1 запитання – зверху донизу від «0» до «5» балів;

2, 3, 5, 6 запитання – зліва направо від «0» до «5» балів;

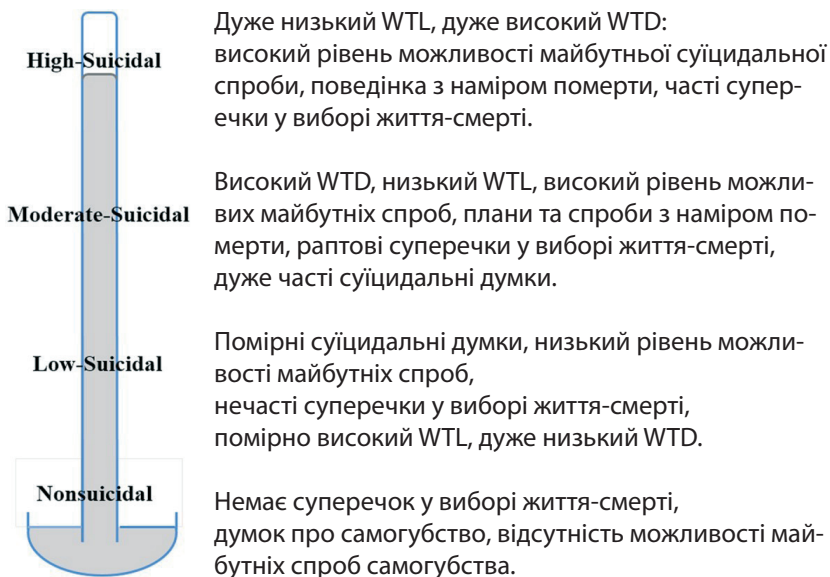
4 запитання – зліва направо від «5» до «0» балів.

Рахується сума балів за всіма запитаннями (можливі варіанти від «0» до «30» балів).

## Інтерпретація результатів

Автори тесту також «барометр суїцидального ризику» для оцінки ризику самогубства.

WTL = бажання жити, WTD = бажання померти.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1986). The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 724-725.
2. MacDonald, D. K., (2015). "The Suicidal Affect-Behavior-Cognition Scale (SABCS)", retrieved on April 21, 2022 from <http://dustinkmacdonald.com/the-suicidal-affect-behavior-cognition-scale-sabcs/>

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 8.2.**

***Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)***  
***Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм***

**Інструкція:** Будь ласка, поставте «галочку» у комірці, яка відповідає «Так» або «Ні» для кожного пункту, якщо така відповідь є вірною для Вас.

| №  | Питання                                                                                                                              | Так | Ні |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1  | Чи відчуваєте ви, що ви нормально п'єте? (Під нормою ми маємо на увазі, що ви п'єте менше або стільки ж, як і більшість інших людей) |     |    |
| 2  | Ви коли-небудь прокидалися вранці після того, як випили напередодні ввечері, і виявляли, що не можете згадати частину вечора?        |     |    |
| 3  | Ваша дружина, чоловік, батьки чи інші близькі родичі коли-небудь турбувалися чи скаржилися на те, що ви п'єте?                       |     |    |
| 4  | Чи можете ви силою волі припинити пити після однієї-двох чарок (бокалів вина, пива)?                                                 |     |    |
| 5  | Чи відчуваєте ви коли-небудь почуття провини за те, що ви п'єте?                                                                     |     |    |
| 6  | Друзі чи родичі думають, що ви п'яниця?                                                                                              |     |    |
| 7  | Чи можете ви кинути пити, коли захочете?                                                                                             |     |    |
| 8  | Чи були ви коли-небудь присутні на зборах Анонімних алкоголіків чи в інших терапевтичних групах, щоб кинути пити?                    |     |    |
| 9  | Чи траплялися у вас фізичні бійки під час випивки?                                                                                   |     |    |
| 10 | Чи коли-небудь ваше вживання алкоголю створювало проблеми між вами та вашою дружиною, чоловіком, батьком або іншим родичем?          |     |    |
| 11 | Ваша дружина, чоловік (або інші члени сім'ї) коли-небудь зверталися до когось за допомогою щодо вашого вживання алкоголю?            |     |    |
| 12 | Ви коли-небудь втрачали друзів через випивку?                                                                                        |     |    |

| №  | Питання                                                                                                                                                                                                  | Так | Ні |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 13 | Чи траплялися у вас проблеми на роботі чи в школі через алкоголь?                                                                                                                                        |     |    |
| 14 | Ви коли-небудь втрачали роботу через алкоголь?                                                                                                                                                           |     |    |
| 15 | Чи нехтували ви коли-небудь своїми зобов'язаннями, сім'єю або роботою протягом двох або більше днів поспіль, тому що випили?                                                                             |     |    |
| 16 | Ви досить часто п'єте до обіду?                                                                                                                                                                          |     |    |
| 17 | Чи казали вам коли-небудь, що у вас проблеми з печінкою, цироз?                                                                                                                                          |     |    |
| 18 | Чи була у вас біла гарячка чи судоми внаслідок сильного пияцтва, чи чули голоси чи бачили речі, яких насправді не було?                                                                                  |     |    |
| 19 | Чи зверталися ви коли-небудь до когось за допомогою щодо вашого пияцтва?                                                                                                                                 |     |    |
| 20 | Ви коли-небудь потрапляли в лікарню через алкоголь?                                                                                                                                                      |     |    |
| 21 | Чи були ви коли-небудь пацієнтом психіатричної лікарні або психіатричного відділення загальної лікарні, при чому пияцтво було частиною проблеми, яка призвела до госпіталізації?                         |     |    |
| 22 | Чи бували ви коли-небудь у психіатричній клініці, чи зверталися до будь-якого лікаря, соціального працівника чи священнослужителя за допомогою з емоційною проблемою, де пияцтво було частиною проблеми? |     |    |
| 23 | Чи заарештовували вас коли-небудь за керування транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння? (Якщо ТАК, скільки разів? _____)                                                                     |     |    |
| 24 | Чи вас коли-небудь заарештовували або брали під варту хоча б на кілька годин через іншу поведінку в стані алкогольного сп'яніння? (Якщо ТАК, скільки разів? _____)                                       |     |    |

### Ключі та інтерпретація результатів

Під час оцінки бали MAST *рахуються тільки відповіді, які вказують на алкогольну залежність*, при чому це залежить від того, позитивно чи негативно сформульовано пункт:

Для пунктів 1, 4, 6 і 7 **негативні відповіді** вказують на алкогольну залежність.

Для пунктів 2, 3, 5 і з 9 по 25 **позитивні відповіді** вказують на *алкогольну залежність*.

Шкала присвоює кожному з пунктів оцінку від 1 до 5, при цьому оцінка 5 вважається діагностично важливою ознакою. Питання, які були дуже дискримінаційними, оцінюються в два бали, а іншим присвоювали один бал. Відповідь на питання 8, 19 або 20 вважається діагностично важливою і оцінюється в п'ять балів. Для зручності «ключі» для оцінювання відповідей зведені в таблицю (рахувати слід тільки бали за відповіді, які співпадають з цим «ключем»):

| №  | Відповідь | Кількість балів |
|----|-----------|-----------------|
| 1  | ні        | 2               |
| 2  | так       | 2               |
| 3  | так       | 1               |
| 4  | ні        | 2               |
| 5  | так       | 1               |
| 6  | ні        | 2               |
| 7  | ні        | 2               |
| 8  | так       | 5               |
| 9  | так       | 1               |
| 10 | так       | 2               |
| 11 | так       | 2               |
| 12 | так       | 2               |
| 13 | так       | 2               |
| 14 | так       | 2               |
| 15 | так       | 2               |
| 16 | так       | 1               |
| 17 | так       | 2               |
| 18 | так       | 2               |
| 19 | так       | 5               |
| 20 | так       | 5               |
| 21 | так       | 2               |
| 22 | так       | 2               |
| 23 | так       | 2               |
| 24 | так       | 2               |

Загальна кількість балів від 0 до 53.

### **Оцінювання результатів**

0–4 бали – залежність відсутня, подальше обстеження не потрібне;

5–6 балів – рекомендоване подальше обстеження лікарем;

7–53 бали – рекомендоване комплексне оцінювання розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. PAR Staff (2021). Administration and Scoring of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) [technical supplement]. PAR.
2. Selzer ML: The Michigan Alcoholism Screening test (MAST): the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry 3:176–181, 1975



**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 8.3*****Game Addiction Scale (GAS)******Шкала ігрової залежності***

**Інструкція:** Ці запитання стосуються Вашої ігрової активності за останні 12 місяців. Оберіть одну відповідь, яка найбільше підходить до кожного запитання.

| № | Питання                                                                                                                     | ніко-<br>ли | рід-<br>ко | іно-<br>ді | час-<br>то | дуже<br>часто |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|---------------|
| 1 | Ви думали цілий день про гру або витрачали більшість часу на гру в Інтернеті?                                               |             |            |            |            |               |
| 2 | Ви грали чи залишилися в Інтернеті довше, ніж планували?                                                                    |             |            |            |            |               |
| 3 | Ви грали в ігри чи проводили час в Інтернеті, щоб забути про справжнє життя?                                                |             |            |            |            |               |
| 4 | Чи були випадки, коли ви невдало намагалися скоротити ваш час на ігри в Інтернеті?                                          |             |            |            |            |               |
| 5 | Чи відчували ви засмучення, коли ви не могли грати чи не мали часу для гри в Інтернеті?                                     |             |            |            |            |               |
| 6 | Чи були у вас суперечки з іншими (наприклад, сім'я, друзі) внаслідок того, що ви витрачали час на ігри в Інтернеті?         |             |            |            |            |               |
| 7 | Ви нехтували важливою діяльністю (наприклад: школа, робота, спорт) для того, щоб грати в ігри чи проводити час в Інтернеті? |             |            |            |            |               |

## Ключі та інтерпретація результатів

Оцінювання відповідей:

Ніколи – 1 бал

Рідко – 2 бали

Інколи – 3 бали

Часто – 4 бали

Дуже часто – 5 балів

*Оцінювання симптомів геймінгу* – категорія питань за шкалою GAS та їх відповідність діагностичним ознакам геймінгу за DSM-5

| № | Питання GAS        | Критерій DSM-5                            |
|---|--------------------|-------------------------------------------|
| 1 | виразність         | заклопотаність тривалістю гри             |
| 2 | толерантність      | толерантність                             |
| 3 | зміна настрою      | втеча від реальності                      |
| 4 | рецидив            | невдалі спроби зменшити або припинити гру |
| 5 | утримання від ігор | утримання                                 |
| 6 | конфлікт           | обман інших і брехня                      |
| 7 | проблеми           | втрата інтересів                          |

## **Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS-SF9)**

### **Шкала розладу інтернет-ігор – коротка форма**

**Інструкція:** Ці запитання стосуються Вашої ігрової активності за останній рік (тобто за останні 12 місяців). Під ігровою активністю ми розуміємо будь-яку діяльність, пов'язану з іграми, яку вели з комп'ютера/ноутбука, з ігрової консолі чи будь-якого іншого пристрою (наприклад, мобільний телефон, планшет тощо) як онлайн, так і офлайн. Оберіть одну відповідь, яка найбільш підходить до кожного запитання.

| № | Питання                                                                                                                                                                                                                                            | ніколи | рідко | іноді | часто | дуже часто |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|------------|
| 1 | Чи відчуваєте ви заклопотаність своєю поведінкою в іграх? (наприклад: чи думаєте ви про попередню ігрову діяльність, чи очікуєте наступної ігрової сесії, чи вважаєте ви, що ігри стали домінуючим видом діяльності у вашому повсякденному житті?) |        |       |       |       |            |
| 2 | Чи відчуваєте ви більшу дратівливість, тривогу чи навіть смуток, коли намагаєтеся зменшити або припинити свою ігрову активність?                                                                                                                   |        |       |       |       |            |
| 3 | Чи відчуваєте ви потребу витратити все більше часу на гру, щоб отримати задоволення або втіху?                                                                                                                                                     |        |       |       |       |            |
| 4 | Чи систематично ви зазнаєте невдач, намагаючись контролювати або припинити свою ігрову діяльність?                                                                                                                                                 |        |       |       |       |            |
| 5 | Чи втратили ви інтерес до попередніх захоплень та інших розважальних занять у результаті вашої участі в грі?                                                                                                                                       |        |       |       |       |            |

| № | Питання                                                                                                                              | ніколи | рідко | іноді | часто | дуже часто |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|------------|
| 6 | Чи продовжували ви ігри, незважаючи на те, що ви знали, що це спричиняє проблеми між вами та іншими людьми?                          |        |       |       |       |            |
| 7 | Чи обманювали ви когось із членів вашої родини, терапевтів чи інших людей через свою ігрову активність?                              |        |       |       |       |            |
| 8 | Ви граєте для того, щоб тимчасово втекти або зняти негативний настрій (наприклад, безпорадність, почуття провини, тривоги)?          |        |       |       |       |            |
| 9 | Ви поставили під загрозу чи втратили важливі стосунки, роботу чи можливість отримати освіту чи кар'єру через свою ігрову діяльність? |        |       |       |       |            |

### Ключі та інтерпретація результатів

*Оцінювання відповідей:*

Ніколи – 1 бал

Рідко – 2 бали

Інколи – 3 бали

Часто – 4 бали

Дуже часто – 5 балів

*Оцінювання симптомів геймінгу* – відповідному номеру запитання відповідає наступний симптом ігрового розладу (DSM-5):

1. Заклопотаність грою в інтернеті/цифровими іграми;
2. Виникнення симптомів, коли інтернет-ігри недоступні;
3. Збільшення часу, який витрачається на ігри;
4. Рецидив ігрової поведінки після невдалих спроб кинути грати;
5. Втрата інтересу до інших попередніх хобі/розваг, за винятком онлайн-ігри;
6. Постійне та надмірне використання онлайн-ігор, незважаючи на визнання психосоціальних проблем, які вони викликають;

7. Обман родичів, терапевтів або інших людей про кількість часу, проведеного в іграх;
8. Використання онлайн-гри для втечі або пом'якшення негативних емоцій;
9. Втрата значної міжособистісної взаємодії стосунків, значні проблеми у роботі та освітні чи професійних можливостях в результаті участі в інтернет-іграх.

*Загальний підсумок балів* можна отримати шляхом підсумовування всіх відповідей на всі дев'ять пунктів IGDS9-SF, вони можуть варіюватися від мінімуму «9» до максимуму «45» балів, причому вищі бали вказують на більш високий ступінь розладу інтернет-ігор.

На присутність ігрової аддикції у геймерів, на відміну від гравців без розладів, можуть вказувати відповіді «дуже часто» принаймні на п'ять запитань із дев'яти, беручи до уваги відповіді «дуже часто», що перекладається як схвалення критерію.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., and Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychol.* 12, 77–95. doi: 10.1080/15213260802669458
2. Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137-143. doi:10.1016/j.chb.2014.12.006

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 9.1

### ***Пацієнт-центрована (клієнт-центрована) психотерапія*** ***C. R. Rogers (PCP)***

Базисом для позитивної динаміки лікувального процесу є застосування елементів пацієнт-центрованої психотерапії (РСТ), у межах пацієнт-центрованого підходу, які використовують для формування відповідних умов актуалізації і подальшої реалізації внутрішнього психічного потенціалу, збережених ресурсів, резервів особистості протягом психотерапії.

**Мета** – формування умов для вивільнення прагнення актуалізації і реалізації внутрішнього потенціалу, ресурсів подолання травми у пацієнта, а також створення внутрішньо-терапевтичної системи координат, що стосується спільних мислення, відчуттів, дослідження досвіду.

**Цільова група:** пацієнти з ППР.

**Тривалість проведення:** впродовж усього курсу ПТ інтервенцій.

Психотерапія центрується саме на пацієнті, актуальних проблемах його життя, пов'язаних з впливом соціального стресу, із зануренням у власний внутрішній світ, ТД, переживання, ситуацію «тут і зараз», а не на самій проблемі.

Поведінка та техніки, які повинен використовувати терапевт:

- а) вербальна та невербальна конгруентність;
  - б) методика «емпатичного слухання» для створення враження відчуття проблем пацієнта;
  - в) віддзеркалювання стану пацієнта для усвідомлення ним внутрішнього травматичного досвіду і проблем, їх кристалізації;
  - г) прийняття, повага, розуміння, які транслюються за допомогою наступних технік.
1. «Техніка вибору» – нейтральне реагування з переадресацією повноважень обрання напрямку розмови при обгово-

ренні проблем – створення умов для самостійної ініціації або відмови від змін при вирішенні власних проблем.

2. «Техніка повторів» – повтор, узагальнення і паузи, що спонукають пацієнта до продовження розповіді – створення уявлення про розуміння та уважне слухання.
3. «Метафора» (як разовий або постійний терапевтичний прийом) для стимулювання процесів абстрагування, спрощення «занурення у символічний пласт свідомості», висловлення прихованих або сором'язливих бажань (наприклад, ауто-агресивних агресивних) в іншомовній формі.

д) «Емпатичні відповіді» – вербалізація світо- і самовідчуття (самосприйняття) пацієнта для відчуття у нього розуміння стану та почуттів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:194–200.
2. Simiola V., Neilson E.C., Thompson R., Cook J.M. Preferences for trauma treatment: A systematic review of the empirical literature. *Psychol. Trauma*. 2015; 7(6): 516–24.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 9.2

### ***Комплекс формування психологічної резистентності до стресу***

***(адаптація комплексу прищеплення навичок з відновлення психічного здоров'я, розробленого National Center for PTSD and the National Child Traumatic Stress Network)***

Дослідження вказують, що підхід до набуття навичок є більш ефективним, ніж допоміжне консультування.

**Мета** – полегшення відновлення, підтримання соціального функціонування та запобігання поведінці, що ускладнює соціальну адаптацію.

**Цільова група:** пацієнти з ППР, члени їх родин (адекватне, гармонічне пристосування до змін особистості пацієнта, опанування методів допомоги йому, самопомогі).

**Провідне завдання** полягає у прищепленні навичок стресостійкості (psychological resilience, psychological resistance) як процесу адаптації до життєвих складнощів, психологічних травм, небезпечних або надзвичайних стресових ситуацій.

**Використання:** здебільшого індивідуальна психокорекція, можливе використання для групової роботи.

**Етапи використання:**

- а) формування терапевтичного альянсу;
- б) збір інформації щодо потреб, ресурсів пацієнта;
- в) навчання основним навичкам адаптації;
- г) індивідуалізація отриманих навичок з їх відробкою при вирішенні конкретних проблем і закріпленням;
- д) стратегічне мотивування (активна участь у повному курсі сесій, використання отриманих навичок впродовж життя).



Провідним завданням психоед'юкаційної роботи є прийняття та засвоєння пацієнтом базових визначень стресостійкості, а саме: бути стресостійким (resilient) – не означає не переживати, не відчувати складнощів, не мати дистресу. Стресостійкість не є рисою особистості, це сукупність поведінкових та когнітивних патернів (думок, переконань), яким треба вчитися і постійно використовувати.

Застосування комплексу формування психологічної резистентності є поступовим і складається з формування наступних навичок.

а) *навичка визначення проблем* полягає у вмінні покроково застосовувати процеси: виділення проблеми, ранжування за суб'єктивною значущістю, проведення «мозкового штурму» зі створенням переліку вірогідних можливостей, виділення оптимальних, найімовірніших шляхів вирішення, їх оцінка та втілення у повсякденну поведінку.

*Завдання терапевта* – допомога у визначенні пріоритетів, подоланні труднощів в покроковому виконанні навички (30–45 хв);

б) *навичка планування позитивних дій* – вміння розглядати варіанти та обирати приємну, позитивну діяльність, хобі, складати список заходів, планомірно брати участь в цій діяльності;

*Завдання терапевта* – допомога у плануванні та участі у позитивній, приємній, значущій діяльності, а також у створенні умов для поліпшення настрою, відновлення почуття контролю над власним життям (20–30 хв);

в) *навичка управління реакціями* – вміння визначати, когнітивно переробляти дезадаптаційні реакції та їх тригери, вирішувати та справлятися зі стресогенними ситуаціями, зменшувати рівень тривожного, емоційного реагування, створювати план керування стресом (45 хв).

*Завдання терапевта* – допомога у виборі стратегії та надбанні навичок упорання зі стресом включно: переформатуванні думок; оволодінні дихальними, релаксацийними вправами; спроможності до символізації ТД через вербалізацію думок і почуттів для усвідомлення ТД; взаємодій з оточуючими на тлі оцінки їх експектацій; оволодінні навичками роботи з тригерами стресових ситуацій (когнітивна переробка та трансформація ситуацій, реакцій на них та

спогадів до-, впродовж та після стресогенної події, прогнозування і пошук аналогій різних травмуючих подій).

г) *навичка корисного мислення* – вміння виділяти корисні для адаптації та зайві, дезадаптуючі думки, репетиція та постійна практика корисних когніцій (30–45 хв).

*Завдання терапевта* – допомога у визначенні ключових компонентів внутрішнього діалогу, пов'язаного з ТД, стресогенними ситуаціями, формуванні мінімально стресуючих когнітивних утворень зокрема через аналіз трафіку зміст думки – вид емоційної реакції.

д) *навичка створення здорових соціальних зв'язків* – вміння розробити карту соціальних зв'язків (звичайних, дружніх, бажаних, не бажаних, підтримуючих, деструктивних тощо), проаналізувати її (з позицій важливості, продуктивності, та створити план соціальної підтримки і взаємодій (20–30 хв).

*Завдання терапевта* – допомога у підвищенні здатності до адаптуючих, конструктивних взаємодій та відношень.

Додаткові методи ПТ, що використовуються в структурі комплексу формування психологічної резистентності до стресу: раціональна ПТ, сократовський діалог, опосередкована та потенціююча ПТ, зокрема за допомогою ПФ, аутогенне тренування і т. п.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. 2016. – Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету.
2. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (12):CD003388.

**ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 9.3*****Терапія імунізації проти стресу (SIT)***

Терапія імунізації проти стресу (SIT) є альтернативним варіантом терапії психологічної резистентності до стресу.

**Мета** – когнітивна реструктуризація окремих моделей поведінки, які призводять до стресових реакцій у повсякденному житті, шляхом формування здатності пацієнта заздалегідь обрати способи їх успішного подолання.

**Цільова група:** особи, професійна діяльність яких пов'язана з надзвичайними стресовими впливами, а також пацієнти з ПТСР коморбідним з алкогольними проблемами.

Цей вид ПТ є концептуально схожим з методами профілактики рецидивів, що застосовуються при терапії залежностей.

SIT здійснюється в *три етапи*: початкова фаза, другий та третій етапи, що відповідають загальній етапності ПТ втручань, що надана вище.

Початкова фаза – концептуалізація – психоед'юкація з питань загального характеру стресу з висвітленням таких важливих понять:

- способи реагування на стрес, когнітивні конструкти, ТД, які відіграють ключову роль у розвитку та динаміці стресових реакцій та ППР;

- надання чіткого уявлення про вид та характер стресових факторів, з якими стикається пацієнт;

- стресові фактори – це творчі можливості та головоломки, які потрібно вирішити, а не просто перешкоди – ключова ідея етапу концептуалізації;

- індивідуальні стресові фактори та, пов'язані з ними аспекти стрес-індукованих реакцій, диференційовані на перманентні (не змінні, постійні) та такі, що можна нівелювати.

– виправлення на основі прийняття залежить від ситуацій, які неможливо змінити, тоді як більш активні втручання застосовують для «змінних» стресових факторів.

Другий етап – придбання та репетиція навичок. При відборі навичок проводять їх індивідуальну адаптацію до окремих унікальних потреб пацієнта, сильних сторін і вразливостей його особистості. На цій основі прищеплюють різновиди емоційної регуляції, релаксації, пізнавальної оцінки, вирішення проблем, навички комунікації та соціалізації.

Третій етап – застосування подальших дій – навчання впоратися з навичками. Пацієнта заохочують використовувати різні методи моделювання поведінки та допомагають підвищити реалістичність практики вчинків шляхом застосування вправ візуалізації, моделювання, рольової гри у страшних або стресових ситуаціях, а також простої повторюваної поведінкової практики дій при вирішенні ситуацій.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:194–200.
2. Cusack K., Jonas D.E., Forneris C.A. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2016;43: 128–141.

## **ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 10.1**

### ***Орієнтація сім'ї на терапію та фаза стабілізації TF-CBT дітей, які зазнали психічної травми***

З самого початку лікування терапевту важливо допомогти родині зрозуміти, що TF-CBT – це спільне лікування дитини та батьків, орієнтоване на травму. Терапевт може виявити корисним переглянути інформацію з оцінки дитини, яка привела терапевта до висновку, що лікування, орієнтоване на травму, було доцільним. Спільне лікування дітей і батьків означає, що і дитина, і батько отримають приблизно однаковий час кожного сеансу, і що лікування включатиме двостороннє відкрите спілкування з важливих питань. Батьки та дитина можуть висловити дискомфорт з цього приводу (наприклад, відсутність конфіденційності під час терапії). Терапевт часто може вирішити це питання, запитуючи кожного, що їх турбує, і вносячи відповідні корективи щодо того, як це відбувається, коли це відбувається. Наприклад, діти зі складною травмою, які відвідують TF-CBT з новими прийомними батьками, часто мають зрозумілі проблеми з довірою до цих усиновителів або навіть з довірою терапевту. Терапевт повинен подбати про це належним чином, інакше терапія може бути зіпсована.

Терапевт також пояснює, що передбачає лікування, орієнтоване на травму:

- 1) терапевт вважає, що є наступні проблеми (терапевт уточнює, що це так), пов'язані з переживанням травми дитини;
- 2) ці проблеми та їхній зв'язок із травмами дитини є центром цього лікування;
- 3) це є фокусом TF-CBT і те, що лікування буде вирішувати його кожен сеанс, навіть якщо під час курсу лікування виникнуть інші проблеми.

З'ясовуючи природу лікування, орієнтованого на травму, терапевт допомагає сім'ї зрозуміти, чого очікувати, а також відрізняє

TF-CBT від інших видів лікування (наприклад, звичайного догляду), які вони могли отримати в минулому.

У TF-CBT можуть брати участь різні особи, які доглядають за дітьми, і в багатьох випадках вони можуть не бути біологічними батьками дитини та/або можуть бути одними з батьків чи опікунів.

### **ФАЗА СТАБІЛІЗАЦІЇ (4–12 сеансів)**

#### **Психоосвіта (Psychoeducation)**

Під час психоосвіти терапевт надає інформацію про загальні реакції на травму та нагадування про травму та пов'язує їх із переживанням травми дитиною. Терапевт також підтверджує їх як реакцію на травму, оскільки багато дітей і батьків розглядають травматичні поведінкові та афективні порушення, як і те, що дитина стала «поганою» чи «неслухняною». Допомогти дітям і батькам зрозуміти це як реакцію дитини на погані речі, які трапилися в її житті, і розпізнати нагадування про травму, які можуть спровокувати такі реакції, часто надзвичайно корисно для зміни погляду дитини та батьків на проблему. Важливо, що це дає їм надію, що дитина зможе одужати і повернутися до більш позитивного життя. Це справедливо, навіть якщо дитина має тривалий анамнез складної травми та тривалої дисрегуляції.

Як і для всіх компонентів TF-CBT, терапевт індивідуально підбирає спосіб проведення психоосвіти, враховуючи рівень розвитку, культуру та інтереси дитини та сім'ї. Це може включати гру в інтерактивні психоосвітні ігри, такі як гра «Що ти знаєш».

Під час психоосвіти для батьків терапевт надає інформацію про травми дитини та загальні реакції на них. Важлива інформація, пов'язана з травмою дитини, може бути надана під час компонента психоосвіти, наприклад, діти, які зазнали сексуального насильства, починають отримувати відповідну для розвитку інформацію про сексуальне насильство, включаючи власні назви інтимних органів. Деяка інформація про безпеку може бути включена під час компонента психоосвіти (наприклад, медичні назви приватних частин тіла та інформація про те, що «добре» і «погано» відносно маленьких дітей, які зазнали сексуального насильства).

Однак для дітей із складною травмою або тих, у кого дуже високий ризик зазнати вторинної травми, компонент підвищення безпеки може бути наданий як початковий компонент TF-CBT перед психоосвітою.

Важливо те, що терапевт допомагає батькам визначати потенційні нагадування про травму. Нагадування про травму – це будь-які ознаки (наприклад, люди, місця, ситуації, видовища, запахи, спогади, внутрішні відчуття тощо), які нагадують дитині про травму, яка була раніше; це ініціює каскад психологічних, фізичних і нейробіологічних реакцій, подібних до тих, які дитина зазнала під час первинної травми. Коли батьки розуміють цей процес, вони можуть краще зрозуміти реакцію дітей на травму та втрутитися в процес раніше, щоб підтримати використання дитиною навичок TF-CBT, перервати, повернути назад або пом'якшити процес. Наприклад, дитина, яка раніше зазнала домашнього насильства та фізичного насильства з боку свого батька та зараз перебуває у прийомній сім'ї, і яка розлютилася та стала агресивною, коли на неї накричав старший прийомний брат, що призвело до того, що він вдарив молодших дітей у домі. Для цієї дитини гучні або злі голоси були нагадуванням про травму, про його батька (злочинця), який часто кричав, перш ніж починати фізичне насильство. Прийомна мати кричала на цю дитину, коли він став агресивним по відношенню до молодших дітей, через що він став ще більше нерегульованим. Психоосвіта щодо нагадувань і реакцій про травми дитини повинна бути першим кроком до зміни цієї моделі.

### **Батьківські навички**

Під час компонента батьківських навичок батьки отримують ефективні стратегії реагування на поведінкову та емоційну дисрегуляцію дітей. Терапевт, як правило, надає конкретні інструкції, практику та рольові ігри щодо батьківських навичок, які терапевт клінічно визначає, відповідно до представлення дитини та поточних знань і навичок батьків. Терапевт завжди заохочує батьків використовувати ці навички, пам'ятаючи, що поведінкові проблеми дитини виникають у контексті нагадування про травму.

«Тайм-аут» передбачає розміщення дитини в тихому місці, де не вистачає взаємодії дитини з сім'єю чи іншого позитивного стимулювання, щоб спонукати дитину повторно регулювати власні емоції та/або поведінку. Коли в ширшій родині дитина часто має позитивні, турботливі та приємні взаємодії з батьками (так званий «тайм-ін»), дитина, як правило, вважає «тайм-аут» дуже негативним і хоче повернутися до «тайм-ін» якнайшвидше. Таким чином, «тайм-аут» найбільш ефективний, коли сім'я забезпечує якісний «тайм-ін».

Похвала, позитивна увага, вибіркова увага необхідні, щоб створити «час». Терапевти інструктують батьків використовувати похвалу, позитивну та вибірккову увагу. Елементи ефективної похвали включають визначення певної поведінки, яку батьки хочуть, щоб дитина продовжувала, позначення її для дитини відразу після того, як вона сталася, і захоплену хвалу цієї поведінки, не «відбираючи» похвалу негативними висловлюваннями чи застереженнями.

*Приклад неефективної похвали:* Мама (через кілька годин після того, як син виносить сміття, коли його просять): «Дякую, що робите свої справи. Бажаю, щоб ти завжди був таким добрим. (Помилки: не позначено конкретну бажану поведінку; не похвалили відразу після того, як сталася поведінка; «забрали» похвалу з негативним кваліфікаційним твердженням.)

*Приклад ефективної похвали:* Мама (відразу після того, як син виносить сміття, коли його просять): Мені подобається, як ти виніс сміття, як тільки я попросила тебе це зробити. Щиро дякую за це!

Терапевт допомагає батькам вибірково звертати увагу на цю позитивну поведінку, приділяючи відносно менше уваги незначній негативній поведінці, яка, хоча й дратує, насправді не є небезпечною (наприклад, докучлива чи нав'язлива поведінка, заковчування очима тощо), підкріплюючи бажану поведінку.

При більш значних поведінкових проблемах терапевт допомагає батькам і дитині спільно розробити індивідуальну програму підкріплення в непередбачених випадках. Такі програми вирішують конкретну поведінку (наприклад, агресію, проблеми зі сном, сексуально невідповідну поведінку) і передбачають конкретні непередбачені ситуації (винагороди, такі як зірки; покарання, такі, як



втрата доступу до гаджетів), якщо дитина відповідає чи не відповідає очікуванням щодо кількості разів, коли поведінка відбувається протягом певного періоду часу (зазвичай один день або частину дня). *Вирішальним для успіху цих програм є:*

1) залучення дитини та батьків до розробки програми та призів, пов'язаних із винагородами;

2) вибір лише однієї поведінки для одночасного вирішення, а не намагання вирішити кілька видів поведінки одночасно;

3) реалізація підходу, щоб батьки хвалили за будь-які успіхи та забезпечували непередбачувані випадки та винагороди швидко й послідовно.

### **Навички релаксації**

Травмовані діти відчувають численні нейробіологічні зміни, які мають тенденцію підтримувати реакцію на травму. Батьки можуть відчувати власні біологічні реакції гіперзбудження. Навички релаксації можуть допомогти дітям і батькам відновити ці стресові системи, як у стані спокою, так і у відповідь на нагадування про травму. Терапевт пропонує дитині індивідуальні стратегії розслаблення і заохочує регулярно практикувати їх вдома. Вони можуть включати цілеспрямоване дихання (йога), прогресуючу м'язову релаксацію та візуалізацію. Навички, які, як були продемонстровані, створюють реакції фізіологічної релаксації, але терапевти також можуть заохочувати дітей використовувати різноманітні інші стратегії розслаблення на основі власних інтересів та рівня розвитку дитини. Наприклад, діти молодшого віку часто люблять розслаблятися за допомогою пускання мильних бульбашок, танців та пісень, тоді як підлітки часто вважають за краще відпочивати, використовуючи свою улюблену музику, читання, фізичні вправи або ремесла, такі як в'язання гачком або спицями. Важливо, щоб діти виробили різноманітні стратегії розслаблення, оскільки конкретна стратегія (наприклад, фізичні вправи) може бути ефективною в деяких ситуаціях (наприклад, після школи або з однолітками), але не в інших (наприклад, вночі).

Після того, як дитина визначить і спрактикує кілька прийнятних стратегій розслаблення, терапевт зустрічається з батьками і навчає

їх навичкам розслаблення, яким надає перевагу дитина. Терапевт допомагає батькам розпізнати ситуації, в яких дитина може відчувати фізіологічне збудження у відповідь на нагадування про травму, і заохочує батьків підтримувати дитину у використанні навичок релаксації в цих ситуаціях. Батьки часто застосовують навички розслаблення, щоб допомогти подолати свою особисту тривогу або реакції гіперзбудження, і терапевт може заохочувати батьків використовувати розслаблення і в цьому відношенні.

### **Навички модуляції афекту**

Під час переживання травми багато дітей вчать не висловлювати, не віддалятися або навіть заперечувати негативні почуття як механізм самозахисту. Під час цього компонента терапевт допомагає дітям з легкістю висловлювати різноманітні почуття та розвивати навички управління негативними афективними станами. Вони можуть включати такі стратегії, як вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, прийоми позитивного відволікання (наприклад, гумор, ведення щоденника, допомога іншим, погляд, читання, прогулянка, ігри з домашніми тваринами тощо), зосередження на сьогоденні та різноманітні методи управління гнівом. Терапевт заохочує дитину розвивати «набір інструментів» цих навичок, які працюють у різних умовах і для різних негативних почуттів. Ці навички знайомі більшості дитячих терапевтів, однак, на відміну від інших методів лікування дітей, у TF-CBT терапевт заохочує дитину застосовувати навички афективної модуляції у відповідь на нагадування про травму. Після визначення бажаних для дитини стратегій афективної модуляції терапевт навчає, практикує та проводить рольові ігри з батьками щодо того, як вони можуть підтримати дитину у реалізації цих навичок. Це часто вимагає від батьків терпимості та терпіння.

Допомагати батькам терпіти словесне вираження негативних емоцій дітьми як позитивний крок до покращення афективної регуляції часто є складним завданням для терапевта та батьків, особливо коли культурна точка зору батьків розглядає вербалізацію негативних емоцій (наприклад, використання лайливих слів: «Я вас ненавиджу») як неповагу. Деякі батьки мають обмежену терпимість

до вимог своєї дитини щодо батьківської підтримки, особливо коли вони виникають у незручний час або розглядаються як «ниття» чи «маніпуляція». Терапевт може вирішити це, попросивши батьків вести таблицю негативної поведінки дитини та прохань про підтримку. Часто такі батьки виявляють, що негативна поведінка виникає незабаром після того, як дитина безуспішно просить про підтримку, і якщо батьки починають більш послідовно реагувати на прохання дитини про підтримку, проблемна поведінка починає зменшуватися.

### **Навички когнітивної обробки**

Під час цього компонента терапевт допомагає дітям розпізнавати зв'язки між думками, почуттями та поведінкою («когнітивний трикутник») і замінити дезадаптивні когнітивні уявлення (неточні або непотрібні думки), пов'язані з повсякденними подіями, більш точними або корисними. На цьому етапі TF-CBT терапевт не зосереджує увагу на думках дитини, пов'язаних з травмою, оскільки більш ефективно обробляти їх під час компонента розповіді про травму. Терапевт може використовувати різноманітні прийоми, щоб допомогти дітям з когнітивною обробкою, включаючи прогресивні логічні (сократівські) запитання.

Терапевт зустрічається з батьками, щоб представити когнітивний трикутник і почати обробляти дезадаптивні пізнання батьків. Спочатку терапевт визначає дезадаптивні пізнання батьків, пов'язані з повсякденними подіями, і допомагає батькам використовувати когнітивну обробку в цьому відношенні. Багато батьків мають дезадаптивні пізнання, пов'язані з травмою дитини (наприклад, «Я повинен був захистити свою дитину», «Я повинен був знати раніше, що це сталося з моєю дитиною», «Моя дитина назавжди постраждала через те, що сталося»). Терапевт використовує клінічне судження, щоб вирішити, чи починати обробляти дезадаптивні досвіди батьків, пов'язані з травмою (тобто до або під час розповіді про травму дитини).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015 Jul; 24(3): 557–570. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005
2. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. Child Abuse Neglect. 2012;36:528–541.
3. CARES Institute. What do you know? Stratford, NJ: Rowan University; 2006.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 10.2

### ***Фаза розповіді та обробки травми під час TF-CBT дітей, які зазнали психічної травми***

Фаза розповіді та обробки травми триває 2–6 сеансів.

#### ***Розповідь і обробка травми***

Під час фази розповіді та обробки травми терапевт і дитина беруть участь в інтерактивному процесі, під час якого дитина описує дедалі складніші подробиці особистого досвіду травми, включаючи думки, почуття та відчуття тіла, які виникли під час цих травм. За допомогою цього процесу дитина говорить навіть про найжахливіші та найстрашніші травматичні спогади, таким чином «промовляючи невимовне», що дає змогу дитині навчитися оволодіти цими спогадами, а не уникати. У процесі переказу історії в міру її подальшого розвитку дитина має багато можливостей для повторної практики засвоєння цього оволодіння травмуючими спогадами; це також дає змогу дитині отримати погляд на переживання травми і таким чином виявити потенційні помилки в переконаннях, які дитина раніше вважала «зарубаними» (неадаптивні пізнання, наприклад, «я заслужив насильства» тощо). За допомогою стратегій когнітивної обробки, засвоєних раніше, терапевт допомагає дитині обробляти дезадаптивні пізнання, пов'язані з травмою. Дитина розробляє письмове резюме процесу розповіді про травму, як правило, у формі книги, вірша чи пісні. Однак важливо підкреслити, що цей письмовий документ є лише невеликою частиною фактичної розповіді про травму, яка є інтерактивним процесом, який відбувається між дитиною та терапевтом, як правило, протягом кількох сеансів.

Письмова розповідь часто складається з розділів (наприклад, «Про мене», «Як все починалося», «Сексуальне насильство протягом багатьох років», «Домашнє насильство відстійно», «Смерть», «Втеча», «Як я змінився»). Діти, які пережили складну травму, часто розвивають життєвий наратив, а не розповідь розділів, організова-

ну навколо центральної «теми» травми. Однак? як і інші описи про травми, вони також детально описують конкретні епізоди травми.

Оскільки дитина щотижня зустрічається з терапевтом для розвитку розповіді, терапевт зустрічається паралельно з батьками, щоб поділитися змістом розповіді дитини. Це служить багатьом цілям. Мало хто з батьків чув усі подробиці про травми дитини і цей процес дозволяє батькам більш повно зрозуміти переживання травми дитини. Навіть, коли батьки пережили травму спільно (наприклад, мати, яка була безпосередньою жертвою домашнього насильства, свідком якого стала дитина), ці точки зору часто суттєво відрізняються, і основна мета процесу TF-CBT полягає в тому, щоб, не ображаючи батьків, почути та підтримати особисту точку зору дитини. Інша мета – допомогти батькам виявити та обробити їхні особисті травми, дезадаптивні знання. Наприклад, слухання розповіді про травму дитини може викликати у батьків питання, чому їхня дитина не розповіла їм про насильство раніше, і це дає можливість батькам ретельно обробити таке дезадаптивне знання. Нарешті, слухання розповіді про травму дитини на окремих сесіях з терапевтом, коли дитина розвиває розповідь, дає батькам достатній час для емоційної та когнітивної підготовки до спільних дитячо-батьківських сеансів, під час яких дитина зазвичай ділиться розповіддю безпосередньо з батьками. Завдяки багаторазовому знайомству з розповіддю дитини, батьки, як і дитина, отримують нові знання, пов'язані зі слуханням про травми своєї дитини, і, таким чином, більше здатності моделювати адаптивне подолання в присутності дитини під час спільних занять.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jul; 24(3): 557–570. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005
2. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. *Child Abuse Neglect*. 2012;36:528–541.
3. CARES Institute. *What do you know?* Stratford, NJ: Rowan University; 2006.

## ДИДАКТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДО ПРАКТИЧНОЇ НАВИЧКИ 10.3

### ***Фаза інтеграції та консолідації під час TF-CBT дітей, які зазнали психічної травми***

Фаза інтеграції та консолідації зазвичай триває 2–8 сеансів.

#### ***Майстерність in vivo***

Майстерність in vivo – це єдиний додатковий компонент TF-CBT. Деякі діти постійно відчувають страх і уникають ситуацій, які за своєю суттю нешкідливі. Коли це уникнення суттєво заважає адаптаційному функціонуванню дітей, це стає важливою проблемою, яку необхідно вирішити під час лікування. Терапевт використовує клінічне судження, щоб визначити, яким дітям необхідний цей компонент. Наприклад, дитина, яка зазнала сексуального насильства у своїй спальні з боку зловмисника, якого більше немає вдома, все ще боялася спати у власному ліжку, і, зрештою, взагалі боялася спати вночі, і заважала іншим членам сім'ї спати. Інша дитина, яка стала свідком раптової смерті свого брата або сестри вдома, уникала відвідувати школу, боячись, що його мати або інший молодший брат також помере, коли його не буде вдома. Майстерність in vivo була б доречною для цих дітей.

На відміну від наративу про травму, який передбачає вплив на переживання дитячої травми, оволодіння «in vivo» («у реальному житті») передбачає вплив на реальну нешкідливу ситуацію (наприклад, сон у власному ліжку; повернення до школи тощо), яких дитина боїться і уникає. Поступово зіткнувшись зі страшною ситуацією та дізнавшись, що страшного результату не відбувається, дитина вчиться володіти ситуацією, а не уникати її.

Для того, щоб реалізувати майстерність in vivo, терапевт, дитина та батьки розробляють ієрархію страху (іноді її називають драбиною страху), яка піднімається від сценаріїв, яких найменше бояться («1»), до найбільш страшних («10»), з 10 сценаріями, бажаною кінце-

вою точкою. Наприклад, дитина спить у власному ліжку або відвідує повні дні в школі. Освоєння *in vivo* передбачає поступове досягнення або оволодіння кінцевою точкою шляхом оволодіння серією менших кроків. Оскільки для опанування *in vivo* зазвичай потрібно кілька тижнів, а також через те, що адаптивне функціонування дитини значно впливає, терапевт зазвичай починає оволодіння *in vivo* під час фази стабілізації навичок TF-CBT. Оскільки розслаблення та інші навички стабілізації TF-CBT необхідні, щоб допомогти дитині (а часто і батькам) переносити проміжні кроки в ієрархії страху, терапевт часто проводить психоосвіту, батьківські навички та навички релаксації, перш ніж розпочати план оволодіння *in vivo*.

Батьки мають вирішальне значення для успіху оволодіння *in vivo*. Діти часто не бажають відмовлятися від страхів, які, на їхню думку, утримують від поганих речей, а батьки надають впевненість і заспокоєння, які допомагають дитині пройти через важкі ранні етапи процесу оволодіння. Батьки та (якщо можливо) шкільний персонал повинні розуміти, чому оволодіння *in vivo* важливе для покращення адаптивного функціонування дитини, і повинні «приєднатися» до плану, щоб він був успішним. Терапевт повинен розглянути занепокоєння або побоювання батьків щодо того, що дитина опанує ситуацією, якої боятися, а також отримає будь-яку потенційну вторинну вигоду, яку батьки можуть отримати від того, що дитина продовжує уникати такої поведінки. Терапевт також заохочує батьків використовувати постійну похвалу, терпіння та наполегливість, щоб заохочувати дитину використовувати розслаблення та інші навички TF-CBT під час плану засвоєння *in vivo*. Вони все більше отримують винагороду для дитини та батьків, оскільки дитина стає все більш гордою за оволодіння ситуаціями, яких раніше боялася. Якщо батьки не виконують план *in vivo* послідовно, страх і уникнення дитини часто посилюються через силу періодичного підкріплення. Терапевт не повинен приступати до плану *in vivo*, якщо батьки повністю не старатимуться у доведенні плану до кінця.

### ***Спільні сеанси дитини та батьків***

Терапевт проводить кілька спільних сеансів дитини та батьків під час фази інтеграції та консолідації. Це надає можливості для мо-



делювання та оптимізації безпосереднього спілкування між членами сім'ї щодо травматичного досвіду дитини та інших важливих тем до закінчення лікування. Під час спільних сеансів терапевт зазвичай коротко зустрічається з батьками наодинці (5–10 хвилин) і з дитиною наодинці (5–10 хвилин), щоб підготувати кожного до решти сеансу (спільна сесія дитини та батьків, 40–50 хвилин).

Перше спільне заняття, зазвичай, присвячене дитині, яка розповідає про травму. Якщо це відбувається, батьки вже почули та когнітивно обробили розповідь дитини під час своїх індивідуальних батьківських сесій з терапевтом («Розповідь про травму»). На додаток до того, що дитина ділиться розповіддю, дитина та батьки можуть задати один одному кілька запитань, які вони підготували під час відповідної підготовки. Наприклад, одна дитина запитала своїх батьків: «Як ви почувалися, коли я розповіла про сексуальне насильство». Батьки запитали сина: «Ти коли-небудь звинувачував мене у смерті своєї сестри?». Ці питання часто сприяють відкритому обговоренню глибших почуттів і пізнання, пов'язаних з травмою дитини, і багато сімей повідомляють, що ці сеанси були найбільш цінною частиною їх лікування TF-CBT.

Подальші спільні сесії дітей і батьків можуть розглядати здорову сексуальність, запобігання булінгу, навички відмови від вживання психоактивних речовин, прийняття правильного рішення щодо однолітків або побачень, покращення сімейного спілкування, підвищення безпеки або інші теми відповідно до клінічних висновків терапевта. Для дітей, які зазнали сексуального насильства, особливо важливо, щоб терапевти зверталися до здорової сексуальності, і батьки часто вважають за краще бути залученими до цього процесу. Яку б тему не вибрав терапевт, корисно зробити процес веселим та інтерактивним, а не дидактичним. Наприклад, більшість дітей із задоволенням змагаються зі своїми батьками у вікторинах чи інших іграх, у яких вони можуть продемонструвати свої знання та розуміння про травму та її вплив.

### ***Підвищення безпеки***

Оскільки травматичний досвід пов'язаний із втратою безпеки та зрадою довіри, дітям і батькам важливо відкрито визнавати це

під час лікування та розробляти практичні стратегії для підвищення реальної безпеки дітей, а також емоційні та інтерактивні засоби для покращення внутрішньої безпеки дитини, почуття безпеки та довіри. У випадках, коли існує постійний ризик травми, компонент безпеки розглядається на початку і часто протягом TF-CBT. Незалежно від того, існує ризик повторного впливу травми чи ні, зазвичай корисно розробити систематичний план безпеки сім'ї, який стосується всіх членів сім'ї, який може включати «без насильства», «без зловживання психоактивними речовинами», «без секретів» (тобто для всіх). розповідає та ніхто не зберігає таємниці, пов'язані з порушенням правил сімейної безпеки), та інші взаємно узгоджені правила, які допомагають усім членам сім'ї відчувати себе в безпеці вдома. Повідомлення про це всім членам сім'ї та практикування їх виконання вдома зміцнює віру дитини в те, що всі члени сім'ї будуть дотримуватись плану безпеки надалі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015 Jul; 24(3): 557–570. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005
2. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. *Child Abuse Neglect.* 2012;36:528–541.
3. CARES Institute. *What do you know?* Stratford, NJ: Rowan University; 2006.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Alexander E. The impact of Freudian Psichiatry. – Chicago, 1980.
2. Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271-84.
3. Allan R. (2012). The evolution of cardiac psychology, in *Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology*, eds Allan R., Fischer J. (Washington, DC: American Psychological Association; ), 3–13.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(1):302–311.
5. Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., Macy, R., Osofsky, H., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P. Skills for psychological recovery. Field Operations Guide. 2010 (National Center for PTSD and National Child Traumatic Stress Network): 170.
6. Bezsheiko, V., & Davydenko, I. (2017). Алгоритм професійного спілкування лікаря в окремих клінічних ситуаціях. Психосоматична медицина та загальна практика, 2(4), e020477. [https://doi.org/https://doi.org/10.26766/pmgp.v2i4.77](https://doi.org/10.26766/pmgp.v2i4.77)
7. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (12):CD003388.
8. Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–1454.
9. Butcher J. N., Dahlstrom W. G., Graham J. R., Tellegen A, Kaemmer B. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. – 1989. – Режим доступу: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.374.5817&rep=rep1&type=pdf>
10. Calhoun A. W., Rider E. A., Meyer E. C., Lamiani G., Truog R. D. Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: feasibility of multirater feedback with gap analysis / A. W. Calhoun, E. A. Rider, E. C. Meyer, G. Lamiani, R. D. Truog // *Simul Healthc*, 2009. – № 4(1). – P. 22–29.
11. Castillo D.T., Chee C.L., Nason E. Group-delivered cognitive/exposure therapy for PTSD in women veterans: A randomized controlled trial. *Psychol Trauma*. 2016;8(3):404–412.

12. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jul; 24(3): 557–570. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005
13. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, editors. *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York: Guilford Press; 2012.
14. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2006.
15. Cohen JA, Mannarino AP, Kleithernes M, Murray LA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth with complex trauma. *Child Abuse Neglect*. 2012;36:528–541.
16. Cohen JA, Mannarino AP, Murray LK. Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35:637–646.
17. Cox J. An instrument for the assessment of videotapes of general practitioners performance / J. Cox, H. Mallholland // *British Medical Journal*. 1993, №306. – P. 1043–1046
18. Craske MG, Kircanski K, Zelikowski M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research & Therapy*. 2008;46:5–27.
19. Cusack K., Jonas D.E., Forneris C.A. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev*. 2016;43: 128–141.
20. Dorsey S, Conover K, Cox JR. Improving foster parent engagement: Using qualitative methods to guide tailoring of evidence-based engagement strategies. *J Clinical Child Adolescent Psychology*. (in press)
21. Dorsey S, Pullmann MD, Berliner L, Koschmann E, McKay M, Deblinger E. Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38:1508–1520.
22. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–258.
23. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:194–200.
24. Foa EB, Treadwell K, Johnson K, Feeny NC. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychology*. 2001;30:376–384.

25. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022). <https://icd.who.int/en>
26. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, Hukkelberg SS, Indregard T, Stormyren SD, Wentzel-Larsen T. A randomized effectiveness study comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with therapy as usual for youth. *J Clinical Child Adolescent Psychology*. 2013;43:356–369.
27. Keith M. Harris, Jia-Jia Syu, Owen D. Lello, Y. L. Eileen Chew, Christopher H. Willcox, and Roger H. M. Ho. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations // PLoS One. 2015; 10(6): e0127442. Published online 2015 Jun 1. doi: 10.1371/journal.pone.0127442
28. Kilpatrick D, et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: results for the National Survey of Adolescents. *J Clinical Child Psychology*. 2003;71:692–700.
29. Kisiel C, Conradi L, Gehernbach T, Torgersen E, Briggs EC. Assessing the effects of trauma in children and adolescents in practice settings. *Child Adolesc Clinics N Amer*. 2014;23:223–242.
30. Lazarus R.S. Enviromental planning in the context of stress and adaptation. – In: Symposium «Society, stress and disease» Stocholm. – Oxford, 1970, P.430.
31. Lee D.J., Schnitzlein C.W., Wolf J.P., Vythilingam M., Rasmusson A.M., Hoge C.W. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress. Anxiety*. 2016; 33(9): 792–806.
32. Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., and Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychol*. 12, 77–95. doi: 10.1080/15213260802669458
33. Lemyre L., Tessier R., Fillion L. Psychological Stress Measurement (PSM): A translation. Quebec, PQ: Universite Laval, 1991.
34. MacDonald, D.K., (2015), "The Suicidal Affect-Behavior-Cognition Scale (SABCS)", retrieved on April 21, 2022 from <http://dustinkmacdonald.com/the-suicidal-affect-behavior-cognition-scale-sabcs/>.
35. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement / G. Makoul // Acad Med, 2001. – № 76(4). – P. 390–393.
36. Mannarino AP, Cohen JA. Treating sexually abused children and their families: identifying and avoiding professional role conflicts. *Trauma, Violence & Abuse*. 2001;2:331–342.

37. Markowitz J.C., Petkova E., Biyanova T., Ding K., Suh E.J., Neria Y. Exploring personality diagnosis stability following acute psychotherapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depress. Anxiety*. 2015; 32(12): 919–926.
38. Markowitz J.C., Petkova E., Neria Y. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry*. 2015;172(5): 430–440.
39. Markowitz J. C., Weissman M. M.. Interpersonal psychotherapy: principles and applications // *World Psychiatry*. 2004 Oct; 3(3): 136–139.
40. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care*1994; 32(4):40–66.
41. Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1986). The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 724–725.
42. Murray LK, Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused CBT for youth who experience continuous traumatic stress. *Peace & Conflict: J Peace Psychology*. 2013;19:180–195.
43. Norman S. Endler; James D. A. Parker. Coping inventory for stressful situations (CISS) : Manual. Toronto : Multi-Health Systems, 1999. 75 p.
44. PAR Staff (2021). Administration and Scoring of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) [technical supplement]. PAR.
45. Patient Satisfaction Questionnaire from RAND Health. PSQ-III Documents Режим доступу: [https://www.rand.org/health/surveys\\_tools/psq.html](https://www.rand.org/health/surveys_tools/psq.html)
46. Pine DC, Cohen JA. Trauma in children: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*. 2002;51:519–531.
47. Piutchik R., Keflemian R., Coute H. A structural theory of ego defenses and emotions. // *Emotions hi personality and psychopathology*. N.Y., – 1979, P. 229–257.
48. Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137–143. doi:10.1016/j.chb.2014.12.006
49. Psychic.at.ua – все для психолога. Режим доступу: [https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/proektivni\\_metodiki/test\\_frustracijnikh\\_reakcij\\_rozencvejga\\_chastina\\_2/15-1-0-91](https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/proektivni_metodiki/test_frustracijnikh_reakcij_rozencvejga_chastina_2/15-1-0-91)
50. Psychological Testing in the Service of Disability Determination / Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Jun 29. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305236/>
51. Resick P.A., Wachen J.S., Mintz J. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered

- therapy for PTSD among active duty military personnel. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015; 83(6): 1058–68.
52. Rozanski A., Blumenthal J. A., Davidson K. W., Saab P. G., Kubzansky L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J. Am. Coll. Cardiol.* 45, 637–651. 10.1016/j.jacc.2004.12.005
53. Rust John (2007) Psychometrics Centre Discussion piece: The psychometric principles of assessment / Research Matters: A Cambridge Assessment publication.: ISSUE 3 / JANUARY 2007. pp. 25–27. Режим доступа: <https://www.cambridgeassessment.org.uk/Images/505311-discussion-piece-the-psychometric-principles-of-assessment.pdf>
54. Sally A. Carless (2009) Psychological testing for selection purposes: a guide to evidence-based practice for human resource professionals, *The International Journal of Human Resource Management*, 20:12, 2517–2532, DOI: 10.1080/09585190903363821 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/09585190903363821>
55. Schnurr P.P. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology.* 2017;14: 56–60.
56. Selzer ML: The Michigan Alcoholism Screening test (MAST): the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry* 3:176–181, 1975
57. Simiola V., Neilson E.C., Thompson R., Cook J.M. Preferences for trauma treatment: A systematic review of the empirical literature. *Psychol. Trauma.* 2015; 7(6): 516–24.
58. Sloan D.M., Feinstein B.A., Gallagher M.W., Beck J.G., Keane T.M. Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2013; 5(2): 176.
59. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker K, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports.* 2004;6:96–100.
60. Studfile.net. Режим доступа: <https://studfile.net/preview/5258514/page:36/>
61. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet.* 1974 Jul 13;304(7872):81–4.
62. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a

- validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 34.
63. Terluin, B. (1994). Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Nervous breakdown substantiated. A study of the general practitioner's diagnosis of surmenage]. Ph.D. thesis. Utrecht: DETAM.
  64. Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie [The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ). A questionnaire to measure distress, depression, anxiety, and somatization]. *Huisarts en Wetenschap*, 39, P. 538–547.
  65. The Patient Satisfaction Questionnaire short-form (PSQ-18) / Grant N. Marshall, Ron D. Hays. – Santa Monica, Calif. : RAND, 1994. – 39 p.
  66. The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782- 786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).
  67. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. 2017 URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf>
  68. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
  69. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
  70. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W.B., Friedman M.J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2013; 74(6): P. 541–550.
  71. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17:37-49.
  72. Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. (1983). «The hospital anxiety and depression scale». *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67 (6): 361–370.
  73. Акимова Л. Н. Основы психометрии. Методические указания к курсу / Л. Н. Акимова. – Одесса, Студия «Негоциант», 2012. – 81 с.



74. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / И. А. Полищук, А. Е. Видренко. – Киев : «Здоров'я», 1979. – 124 с.
75. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. Б. Рожанец. – М. : «Медицина», 1976. – 186 с.
76. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л. : Наука, 1988. – С. 5.
77. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: по-сібник для ведучих груп : навчальний посібник. 2016: Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету.
78. Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов / Н. Ф. Гребень. – Минск : Современ. шк., 2007. – 496 с.
79. Дубравська Д. М. Основи психології : Навчальний посібник. – Львів : Світ, 2001. – 280 с.
80. Загальна психологія / За заг. ред. С. Д. Максименка. Підручник. – Вінниця : Нова книга, 2004. – 704 с.
81. Загальна психологія : Підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К. : Либідь, 2005. – 464 с.
82. Заучивание 10 слов (А. Р. Лурия) / Альманах психологических тестов. М., 1995. – С. 92–94.
83. Ишмуратов А. Т. Конфлікт і згода. – К. : Наукова думка, 1996. – 190 с.
84. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навчальний посібник. – К. : Либідь, 2007. – 256 с.
85. Клименко В. В. Психологія творчості : Навчальний посібник. – К. : Центр навч. літератури, 2006. – 480 с.
86. Комунікативні навички лікаря: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович та ін.; за заг. ред. О. С. Чабан. – 2-ге видан. переробл. і доповн. – К. : Видавець Заславський О. Ю., 2021. – 434 с.
87. Комунікативні навички лікаря: підручник / Колектив авторів за заг. ред. О.С. Чабан. – К. : Медпринт, 2022. – 400 с.
88. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер; адаптированный вариант Т. А. Крюковой) / Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 442–444.
89. Кортнева Ю. В. Диагностика актуальной проблемы. Методика Леонгарда-Шмишека / Ю. В. Кортнева. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 240 с.

90. Леонгард К. Акцентуированные личности / Карл Леонгард. – К. : Вища школа, 1989. – 375 с.
91. Леонгард К. Акцентуированные личности. – К. : Эксмо-Пресс, 2001. – 544 с.
92. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест : монография / Д. А. Леонтьев. – Издание 3-е, стереотипное. – Москва : Смысл, 2004. – 254 с.
93. Лозниця В. С. Психологія і педагогіка: основні положення : Навчальний посібник. – К. : «ЕксОб», 1999. – 303 с.
94. М'ясоїд П. А. Загальна психологія : Навчальний посібник. – К. : Вища школа, 2001. – 487 с.
95. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.
96. Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пілягіна та ін.] ; за ред. Г. Я. Пілягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.
97. Настанова 00470 «Оцінка функціонального стану в осіб похилого віку», затверджена наказом МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р. [Електронний документ]. Режим доступу: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00470&format=pdf>
98. Настанова 00726. Післяпологовий психоз та інші післяпологові психічні розлади. Режим доступу: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3519>
99. Омельянович В. Ю. Особенности функционирования механизмов психической адаптации к службе в органах внутренних дел : монография / В. Ю. Омельянович. – Донецк, 2012. – 365 с.
100. Омельянович В. Ю. Гендерні особливості взаємозв'язків структури копінг-поведінки та психологічного феномену ворожості / В. Ю. Омельянович // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика, 2016. – № 26. – С. 516–522.
101. Основи практичної психології : Підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536 с.
102. Основи психології : Підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – К. : Либідь, 2002. – 630 с.
103. Практикум із загальної психології / За ред. Т. І. Пашукової. – К. : Т-во «Знання», КОО, 2000. – 204 с.
104. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / за заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. – 3-тє видання, виправлене і доповнене. – К. : Видавничий дім Медкнига, 2021. – 200 с.

105. Психіатрія. Еталони практичних навичок : навчальний посібник / В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович. Є. Г. Гриневич. – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 176 с.
106. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : Пособие для психологов и врачей / Под ред. Л. И. Вассермана. – Санкт-Петербург, 2005. – 51 с.
107. Психологические тесты для профессионалов / сост. Н. Ф. Гребень. – Минск : Соврем. шк., 2007. – 496 с.
108. Психологія : Підручник / За ред. Ю. Л. Трофімова. – К. : Либідь, 2001. – 390 с.
109. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник [Текст] / [уклад. : М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – 616 с : іл.
110. Роменець В. А. Психологія творчості : навчальний посібник. – К. : Либідь, 2001. – 288 с.
111. Русинка І. І. Психологія : Навчальний посібник. – К. : Знання, 2007. – 367 с.
112. Степанов О. М., Фіцула М. М. Основи психології і педагогіки : Навчальний посібник. – К. : Академвидав, 2005. – 520 с.
113. Столяренко Л. Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. – 721 с.
114. Фрейд З. Толкование сновидений. – К. : «Здоров'я», 1991. – 384 с.
115. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія : Навчальний посібник. – К. : Наукова думка, 2000. – 190 с.
116. Цимбалюк І. М. Психологія. – К. : ВД «Професіонал», 2004. – 304 с.
117. Цимбалюк І. М., Яницька О. Ю. Загальна психологія. Модульно-рейтинговий курс для студентів вищих навчальних закладів. – К. : Професіонал, 2004. – 215 с.

*Навчальне видання*

**ЧАБАН Олег Созонтович  
ХАУСТОВА Олена Олександрівна  
ОМЕЛЯНОВИЧ Віталій Юрійович**

# **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕТАЛОНИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК**

Навчальний посібник

Підписано до друку 28.10.2022 р.  
Формат 60×84/16. Папір друк. № 2. Гарнітура Myriad Pro.  
Умовн. друк. арк. 19,8. Тираж 300 прим.

ПП «Магнолія 2006»  
м. Львів-53, 79053, Україна, тел. +38 (050) 370-19-57  
e-mail: picha1938@ukr.net

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої  
продукції: серія ДК № 2534 від 21.06.2006 року, видане Державним комітетом  
інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України

Надруковано у друкарні видавництва «Магнолія 2006»