

**Завдання та методичні рекомендації до вивчення дисципліни в умовах  
дистанційного навчання  
доц. Ставицька О.Г.**

Дисципліна: **Клінічна психодіагностика.(5курс Психологія. Клінічна психологія)**

Терміни виконання завдання – .02.17 – 29.02.17

Вивчення дисципліни в умовах дистанційного навчання передбачає самостійне опрацювання модуля 2 **Тема 6.«Клінічна діагностика особистості »**  
**Тема 7. Діагностика психічних станів.**

**Підготувати звіти та протоколи обстежень за темами двох практичних занять.**

**Завдання для самостійного опрацювання**

1. Опрацювати рекомендовані матеріали **до теми**
2. У письмовому вигляді скласти структурно-логічну схему до питань які розглядаються в лекції.

Опрацювати завдання. Відповіді підготувати у письмовому вигляді.

**ВАРІАНТИ ЗАВДАНЬ ДЛЯ ПИСЬМОВОГО ОПРАЦЮВАННЯ З КУРСУ**

1. Проаналізуйте основні завдання клінічної психодіагностики соматичних хворих.
2. Розкрийте особливості патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО) Лічко. .
3. Охарактеризуйте ММРІ та його вітчизняні модифікації, особливості обробки та інтерпретації отриманих даних..
4. Розкрийте зміст діагностичного процесу та клініко-психологічного діагнозу.
5. Охарактеризуйте сутність клінічної діагностики межових нервово-психічних розладів (неврозів, психопатій, психічних порушень при соматичній патології).

6. Проаналізуйте ТАТ. Окресліть клінічне застосування тематичного апперцептивного тесту.

7. Поясніть нозологічний та описово-феноменологічний принципи клінічної діагностики. Розкрийте сутність нозологічної парадигми.

8. Розкрийте зміст нозологічного та описово-феноменологічного принципів клінічної діагностики. Дайте пояснення описово-феноменологічної парадигми клініко-психологічного дослідження.

9. Наведіть класифікацію проєктивних методик.

10. Охарактеризуйте „ЛОБИ”, визначте його діагностичні можливості.

## **Лекція Тема 6. Клінічна діагностика особистості**

### **План**

**1.Проблеми діагностики особистості. Класифікація методів дослідження особистості (Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф.). Загальна характеристика.**

**2.Проблеми використання особистісних опитувальників.**

**3.Діагностичні можливості проєктивних методик.**

**4.Дослідження рівня домагань. Діагностика самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейн.**

**5.Особистісні опитувальники: опитувальники Айзенка, опитувальник Шмішека, патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) Лічко, ММРІ та його модифікації, „ЛОБИ”, Гіссенський опитувальник соматичних скарг та ін.).**

### **Література.**

1. Ассанович М. А. Клиническая психодиагностика: учебное пособие / М. А. Ассанович –Минск : Беларусь, 2012. – 343 с.

2. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) /Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова. - М.: «Фолиум», 1994. – 175 с.

3. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЕК», 2006. – 624 с.
4. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / Блейхер В. М., Крук И. В.— К.:Здоров'я, 1986 —280 с.
5. Бурлачук Л.Ф. Исследования личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха) / Л.Ф. Бурлачук. – Киев: Вища школа, 1978. 15. Мюррей Генрі О. Тематичної апперцепції тест / під редакцією Л. Бурлачука. – ОС Україна, Київ, 2009. – 32 с.
6. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / Под ред. А. И. Зеличенко – М., 1989 – 456 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие/ Д. Я. Райгородский – Самара, 2001. – 672с.
8. Реан А. А. Практическая психодиагностика личности: Учебное пособие / А. А. Реан – СПб., 2001. – 224 с.
9. Роршах Г. Психодиагностика. Методика и результаты диагностического эксперимента по исследованию восприятия (истолкование случайных образов) . – М.: «Когито-Центр», 2003.
10. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С.Я. Рубинштейн. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с.
11. Собчик Л.Н., Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРІ) Практическое руководство / Л.Н. Собчик. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
12. Тащева А. И. Методические рекомендации к методике Р. Кеттела (16 PF) форма А. – М., 1990.
23. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр / П.В. Яньшин. — СПб.: Речь, 2007

## **Методи діагностики особистості.**

Сьогодні є достатня кількість експериментально-психологічних прийомів, методів, методик, спрямованих на дослідження особистості. Немає чіткої, тим більше загальноприйнятої класифікації методів діагностики особистості в клініці.

В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук пропонують таку класифікацію:

1) спостереження і споріднені методи (вивчення біографій, клінічна бесіда, аналіз суб'єктивного й об'єктивного аналізу);

2) спеціальні експериментальні методи (моделювання певних видів діяльності, ситуацій, окремі апаратурні методики);

3) особистісні опитувальники й інші методи, які базуються на оцінці й самооцінці;

4) проєктивні методи.

У цьому параграфі ми розглянемо особистісні опитувальники. Для дослідження особистості в процесі діяльності використовують спеціальні методики.

*1. Дослідження рівня домагань.* Поняття рівня домагань розроблялося психологами школи К. Левіна. Було розроблено методику експериментального дослідження рівня домагань Ф. Хопре. Під час експерименту встановлено, що рівень домагань залежить від того, наскільки успішно виконує досліджуваний експериментальні завдання. В. Н. Мясіщев розрізняв два види рівня домагань: об'єктивно-принциповий і суб'єктивно-особистісний. Останній пов'язаний із самооцінкою, почуттям неповноцінності, тенденцією самоствердження. Автор вказує, що саме ці моменти визначають рівень домагань хворих, особливо при психогенних захворюваннях.

Б. В. Зейгарник та В. С. Мерлін указують, що рівень домагань не є однозначною, стабільною особистісною характеристикою. Розрізняють:

- початковий рівень домагань, що визначається трудностю завдань, які людина вважає є можливими для виконання залежно від її можливостей;

динаміку рівня домагань, залежно від того, наскільки рівень домагань виявився адекватним рівню досягнень;

- типовий для певної особистості рівень домагань, який устанавлюється в результаті діяльності людини.

У формуванні рівня домагань велику роль відіграють такі фактори:

- соціальний (посада, спеціальність, кваліфікація);
- самооцінка досліджуваного;
- властивості темпераменту;
- особистісні характеристики;

Дослідження рівня домагань докладно протоколюються, відзначається те, наскільки рівень домагань відповідає його можливостям (інтелектуальному рівню, освіті), і як досліджуваний реагує на успіх та поразку. Так, наприклад, поведінка хворого, коли, не звважаючи на поразку, він продовжує вибирати завдання все більшої складності, свідчить про недостатність критичності мислення.

Результати дослідження можуть бути представлені для більшої наочності й забезпечення їх аналізу у вигляді графіка. Методика дослідження рівня домагань, як показує практика, дозволяє виявити особистісні особливості хворих при шизофренії, циркулярному психозі, епілепсії, психопатіях, церебральному атеросклерозі, органічних враженнях головного мозку, які протікають з характерологічними змінами.

*Особистісний опитувальник Айзенка* спрямований на дослідження екстра, інтраверсії та нейротизму. Айзенк пов'язує екстра і інтроверсію із ступенем збудження і гальмування в центральній нервовій системі, розглядаючи цей фактор як вроджений, як результат балансу між процесами гальмування і збудження. Айзенк вказує на значення біологічних факторів при цьому. Так, деякі наркотики інтравертують людину, тоді як антидепресанти її екстравертують.

К. Леонгард відносить інтро - екстраверсію до відповідно окремої психічної сфери, не пов'язаної з темпераментом, причому для екстраверта 19

визначальний вплив має досвід відчуттів, а інтроверта – світ уявлень. В. Н. М'ясищев із клініко-психологічної точки зору визначає ці типи особистості як експресивний та імпресивний, а з нейрофізіологічної – як збудливий і заторможений. Фактор нейротизму чи нейротизму свідчить про емоційно-психологічну стійкість чи нестійкість, стабільність-нестабільність і розглядається у зв'язку з вродженою лабільністю вегетативної нервової системи. У цій шкалі особистісних властивостей протилежні тенденції виражені дискордантністю і конкордантністю. При цьому, з одного боку, людина зовнішньої норми, за якою приховується неврівноваженість нервово-психічної діяльності, з іншого боку психологічно стійка особистість, яка добре адаптується до соціального середовища. Нейротизм відображає схильність до неврозу.

Опитувальник складається із 57 запитань, простих за формулюванням (на відміну від ММРІ), із них 24 – за шкалою екстраверсії, 24 – за шкалою нейротизму, 9 – за шкалою неправди, що може відображати тенденції хворого реагувати на запитання таким чином, щоб отримати бажані для досліджуваного результати. Шкала неправди в опитувальнику Айзенка далеко не завжди сприяє розв'язанню поставленого завдання. Показники цієї шкали передусім корелюють із інтелектуальним рівнем досліджуваного. Деякі особи з вираженими істеричними якостями і схильністю до демонстративної поведінки, але які мають високий рівень інтелекту, відразу ж виявляють спрямованість змісту за цією шкалою і, вважаючи їх негативними характеристиками, дають за цією шкалою мінімальні показники. На думку В. М. Блейхер, І. В. Крука, шкала неправди більшою мірою свідчить про особистісну примітивність, ніж демонстративність у відповідях. За Айзенком, у інтровертів спостерігаються дистимічні симптоми, у екстравертів – істеричні й психопатичні. Хворі неврозом спостерігаються лише за індексом екстраверсії. За індексом нейротизму на крайніх межах розміщуються здорові та хворі на невроз (психопати). У хворих на шизофренію спостерігається низький показник нейротизму, у 20

депресивно хворих – високий. Із віком простежується тенденція до зменшення показників нейротизму й екстраверсії.

Але показники за методикою Айзенка іноді потребують уточнення, оскільки у випадках психопатії спостерігаються й розбіжності. Так, психопати шизоїдного і психастенічного кола нерідко проявляють інтравертованість. Різні форми неврозів також нерідко розрізняються за показниками екстраверсії. Для хворих істерією часто притаманний високий показник за шкалою неправди, не виражений показник нейротизму, що не відповідає об'єктивному спостереженню клінічної картини.

В останні варіанти опитувальника Айзенка введено запитання за шкалою психотизму. Під фактором психотизму розуміють тенденцію до відхилення від психічної норми, схильність до психозу. Показники за шкалою психотизму залежать від статі й віку досліджуваних, вони занижені у жінок, більше завищені в підлітків і людей похилого віку. Залежать вони також від соціально-економічного статусу досліджуваних.

Існує також особистісний опитувальник для дітей, починаючи з 7-річного віку. Він включає 60 запитань, складених із урахуванням віку, які інтерпретуються за шкалами екстраверсії, інтроверсії, нейротизму та неправди.

***Опитувальник для дослідження акцентованих особливостей особистості.*** Розроблений Г. Шмишеком на основі концепції акцентованих особистостей К. Леонгарда. Згідно нею існують якості особистості (акцентовані), які самі по собі ще не є паталогічними, але за деяких обставин можуть розвиватися в позитивному чи негативному напрямках. Ці якості є крайнім варіантом норми. У психопатів вони досягають особливо високої вираженості. Виділення групи акцентованих особистостей допомагає в психіатрії, у тому числі у процесі вивчення соматичних корелятів при деяких соматичних захворюваннях, у походженні яких особливе значення мають особистісні особливості хворого. На думку Е. Я. Штернберга, концепція

акцентованих особистостей може бути корисною і для вивчення властивостей особистості родичів психічно хворих.

К. Леонгард виділяє десять типів акцентуації:

1) гіпертимні особистості, які характеризуються схильністю до підвищеного настрою;

2) —застрягаючі особистості, які схильні до затримки застрягання афекту і до паранояльних реакцій;

2) емотивні, афективно-мобільні особистості;

3) педантичні особистості з якостями ригідності, малої рухливості нервових процесів, педантизму;

4) тривожні особистості з перевагою в характері якостей тривожності;

5) циклотимні особистості зі схильністю до фазових коливань настрою;

6) демонстративні особистості з істеричними якостями характеру;

7) збудливі особистості із схильністю до підвищеної, імпульсивної реактивності;

8) дистимічні особистості зі схильністю до розладів настрою, субдепресивні;

9) екзальтовані особистості, схильні до афективної екзальтації.

Усі ці групи акцентованих особистостей об'єднуються за принципом акцентуації властивостей характеру й темпераменту. До акцентуацій властивостей характеру відносяться: демонстративність (у патології – психопатія історичного кола); педантичність (у патології – ананкастична психопатія); схильність до застрягання (у патології – паранояльні психопати); збудливість (у патології – епілептичні психопати). Інші види акцентуацій К. Леонгард відносить до особливостей темпераменту, вони відображають темп і глибину афективних реакцій. Опитувальник Шмишека складається із 88 запитань. Результати можна



виразити графічно у вигляді профілю особистісної акцентуації. Методика Шмишека була адаптована і для

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

До цієї групи методик належать методики, які досліджують та визначають синдромологічні неврози і слугують для до лікарської діагностики неврозів. При їх складанні й апробації враховуються такі критерії, як ефективність, простота, надійність при диференціації здорових і хворих, відповідні кореляції з іншими тестами, які стосуються подібних досліджень. Зазвичай ці опитувальники використовуються і для епідеміологічних досліджень.

Наведемо як приклад характеристику чотирьох найбільш типових опитувальників для скринінгу неврозів.

1. Опитувальник —Шкала депресії. Тест адаптований у відділенні наркології НДІ імені Бехтерева Г. І. Балашовою. Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і тих, які є близькими до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Повне тестування із опрацюванням займає 20 - 30 хв. Результатом проведення методики є рівень депресивності, який має межу від 20 до 80 балів. Істинно депресивний стан діагностується при РД понад 70 балів.

2. Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В .В. Бойко). Опитувальник фіксує ступінь незадоволеності соціальними досягненнями в особистісних аспектах життєдіяльності. Наявність соціальної фрустрованості залежить від величини балу (середнього балу) за кожним пунктом. Чим більший бал, тим вищий рівень.

3. Методика експрес діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса, чи шкала скарг. Методика стандартизована на хворих віком від 16 до 60 років. При складанні методики автори виходили з того, що скарги хворих неврозами мають специфічний характер, і в них, на відміну від хворих з органічною соматичною патологією, переважає акцентуація на вегетативні розлади й скарги психічного характеру. Відповіді інтерпретуються за кількістю показників. Необхідно

підрахувати кількість стверджувальних відповідей - якщо отримано понад 24 бали, можна говорити про високу вірогідність неврозу. Аналіз характерних для досліджуваного скарг здійснюється із урахуванням таких факторів: надмірна вегетативна збудливість (симпатикотонія), апатичність, фобії, астения, надчутливість, шизоїдні реакції, страхи. Опитувальник досить простий, тривалість дослідження складає 5 - 10 хв. Але слід підкреслити, що методика дає лише попередню інформацію. Кінцеві висновки можна робити лише після глибокого вивчення особистості.

4. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Раймонда. Опитувальник вміщує висловлювання про людину, про її спосіб життя – переживання, думки, звички, стиль поведінки. Досліджуваному потрібно, прочитавши чи прослухавши висловлювання опитувальника, порівняти зі своїми звичками, зі своїм способом життя й оцінити, якою мірою це висловлювання може стосуватися його самого, а також оцінити ступінь вираження за допомогою вибору однієї із запропонованих семи оцінок. Опитувальник визначає такі показники, як адаптація, правдивість, самосприйняття, прийняття інших, емоційна комфортність, інтернальність, домінантність, есканізм (уникання проблем).

5. Шкала реактивної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера. Ця методика розрізняє поняття тривоги, стан тривоги та якості, властивості особистості. Тривога характеризується різною інтенсивністю, змінюється в часі, їй притаманна напруга з усвідомленням неприємних переживань, стурбованість, хвилювання, відчуття небезпеки, що виражається активізацією діяльності вегетативної нервової системи. Виникає тривога як реакція людини на різні стреси, частіше всього психологічного чи соціально-психологічного характеру. Особистісну тривогу автор трактує як властивість індивіда, вона є конституційною ознакою. Особистісна тривога – це відносно постійний стан людини бачити загрозу своєму благополуччю в різних ситуаціях. Шкала Спілбергера враховує диференціацію факторів особистісної тривожності й реактивної тривоги. Вона є опитувальником, який складається з двох підшкал. Підшкала особистісної тривоги включає 20 стверджень, які досліджуваний

повинен оцінити за 4-бальною системою. Підшкала реактивної тривоги також складається із 20 стверджень. Із них 10 - констатують, а 10 - заперечують наявність тривоги. Шкала Спілбергера досить проста, вона належить до експресметодик, і її використання не потребує багато часу. У СРСР шкалу модифікував, адаптував і стандартизував Ю. Л. Ханін. Він же розробив орієнтовні норми – низький рівень тривоги, середній рівень, високий рівень і вище. Сумарні оцінки, отримуються шляхом підрахунку результатів за допомогою ключів. Методика може використовуватися для дослідження хворих з депресивними і тривожно-депресивними станами різного генезу.

Описані дезорганізуючі емоційні стани включають дистимію, депресію, апатію, гіпотимію, тривогу, страх, шизоїдні настрої. Ці досить різні за змістом емоційні стани мають такі спільні ознаки:

- особистість майже не реагує на зовнішні впливи, причиною чого є дезорганізуючий емоційний стан: розум і воля не допомагають людині швидко й успішно подолати неадекватні емоційні стани, надати ним комунікативної форми;

- для відновлення емоційної форми потрібний час, спокій, допомога людей, у тому числі й кваліфікована. Будь-який із дезорганізуючих емоційних станів може проявлятися в межах норми чи набувати розмірів психічного розладу, тобто мати психопатологічну форму. Остання виникає при наявності супроводжуючих факторів. Психопатологічні розлади станів характеризуються загальним змінним нервово-психічним тонусом, який викликається:

- органічними враженнями мозку (у цьому випадку розлади найширші і глибші);

- дефектами нервової системи, яка зазвичай послаблена хворобами, психічними травмами;

- зовнішніми причинами, серед яких такі, що викликали психічний стрес, інтоксикацію, травми;

- соматичними захворюваннями (хвороба того чи іншого органа викликає порушення в певних ланках мозку, нервової системи, обміну речовин, що

призводить до зміни емоційного й часто інтелектуального відображення дійсності.

Досить різні за своїми проявами розлади станів мають одну і ту ж механіку: відсутній нормальний зв'язок між інтелектом й емоціями. Інтелект не оцінює належним чином зовнішні й внутрішні подразники, не визнає їх значимості для особистості (внаслідок враження мозку в результаті стресу, інтоксикації, травми тощо). Його керівні команди не включають адекватні емоційні програми й напрацьовані стереотипи емоційної поведінки. Замість адекватних емоційних програм і стереотипів автоматично вступає в дію один і той же стереотип, притаманний особистості. Її поведінка стає неадекватною, вона не зумовлена об'єктивними причинами.

дослідження дітей та підлітків із урахуванням їх вікових особливостей та інтересів (див. ст. ).

## **2. Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО)**

розроблений А. Є. Лічко й використовується для дослідження характерологічних відхилень у підлітків при психопатіях й акцентуації характеру. На відміну від К. Леонгарда, Лічко трактує акцентуацію не в особистісному плані, а співвідносить її з характером., який він вважає базою особистості, а також інтелект, здібності, світобачення. За кількісними показниками виділяють різний ступінь вираженості психопатії і акцентуації характеру: важка, виражена й помірна психопатія, явна і прихована акцентуація. Лічко виділяє такі типи акцентуації: істероїдний, психастенічний, застрягаючий, епілептоїдний, гіпертимний, дистемічний, циклоїдний, лабільний, сенезетивний, гіпертимно-комформний, шизоїдний, нестійкий, конформний, астеновротичний. За спостереженнями Лічко, дистимний і застрягаючий типи у підлітковому віці майже не зустрічаються. ПДО використовують для визначення у підлітковому віці (14 - 18 років) типів характеру при конституційних й органічних психопатіях, психопатичних розвиткух й акцентуаціях характеру.

До опитувальника включені основні для підлітка проблеми: самопочуття, настрої, сон і сни, пробудження, апетит, і ставлення до одягу, грошей, до батьків і друзів, до знайомих і незнайомих людей, до самотності, майбутнього, нового, невдач, пригод, ризику, лідерства, критики і зауважень, турботи і повчань, правил і законів, оцінювання себе в дитинстві, ставлення до школи, оцінювання себе в даний момент.

У практиці клінічні психологи часто розширюють віковий діапазон використання ПДО – від 10 до 25 років. У дитячому віці можливість застосування ПДО обмежене, особливо для дослідження дітей молодшого шкільного віку. У цих випадках визначення типу акцентуації відбувається шляхом опитування дитини і її батьків.

## **Тема 7. Діагностика психічних станів**

### **План**

1. Методики діагностики окремих психічних станів: тривожності, депресії, самотності тощо (методика Ч.Д.Спілберга, самооцінка психічних станів за Айзенком, методика діагностики відчуття самотності Д.Рассела, М.Фергюссона,
2. Шкала депресії Г.І.Балашової,
3. Методика діагностики соціальної фрустрованості Л.І.Вассермана,
4. Експрес-діагностика неврозу за К.Хеком, Х.Хессом та ін.).

### **Література**

5. Бурлачук Л.Ф. Исследования личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха) / Л.Ф. Бурлачук. – Киев: Вища школа, 1978.
6. Бурлачук Л.Ф. Методика Роршаха. Короткий посібник / Л.Ф. Бурлачук. – К.:Видавництво «ОС Україна», 2008. – 88 с.
7. Выбойщик И.В. Личностный многофакторный опросник Р. Кэттелла / И. В. Выбойщик, З.А. Шакуров. – Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 2000. – 54 с..
8. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / Д.А. Леонтьев. – М.: Издательство Московского университета, 1989, С.48—52.
9. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000. — 254 с.
10. Менделевич Д. М. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / Д. М. Менделевич - М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
11. Мюррей Генрі О. Тематичної апперцепції тест / під редакцією Л. Бурлачука. – ОС Україна, Київ, 2009. – 32 с.

### **Поняття та визначення психічних станів**

Психічні стани – це цілісні характеристики психічної діяльності за певний період часу. Змінюючись, вони супроводять життя людини в її відносинах з людьми, суспільством тощо. В будь-якому психічному стані можна виділити три загальні виміри: мотиваційно-спонукальний, емоційно-оцінний і активаційно-енергетичний (визначним виступає перший вимір). Нарівні з психічними станами окремої людини існують і “масовидні” стани, тобто психічні стани певної спільності людей (мікро- і макрогруп, народів, товариств). У соціологічній і соціально- психологічній літературі спеціально розглядаються два види таких станів – громадська думка і суспільний настрій.

Психічні стани людської спільності характеризуються цілим рядом ознак, не властивих взагалі або властивих меншою мірою станам індивіда: масовидність; яскраво виражений соціальний характер; велика політична значимість у житті суспільства; “заразливість”, тобто здатність до швидкої іррадіації (поширення); “ефект групи”, тобто збільшення сили і значення станів людської спільності; інформативність; тенденція до закріплення..

### **Властивості психічних станів**

Психічні стани людини характеризуються цілісністю, рухливістю і відносною стійкістю, взаємозв’язком з психічними процесами і властивостями особистості, індивідуальною своєрідністю і типовістю, крайнім різноманіттям, полярністю.

Цілісність психічних станів виявляється в тому, що вони характеризують у певний проміжок часу всю психічну діяльність загалом, виражають конкретне взаємовідношення всіх компонентів психіки. Складний, цілісний характер психічних станів можна проілюструвати на прикладі стану переконання людини в чому-небудь. Тут у наявності і пізнавальні, і емоційні, і вольові компоненти: знання і об’єктивний погляд на докази чого-небудь, упевненість в правильності цього знання і, нарешті, вольовий стимул, який спонукає до практичної діяльності і спілкування.

Рухливість психічних станів полягає в їх мінливості, в наявності стадій протікання (початок, певна динаміка і кінець). Психічні стани мають відносну

стійкість, їх динаміка менш виражена, ніж у психічних процесів (пізнавальних, вольових, емоційних). При цьому психічні процеси, стани і властивості особистості найтіснішим чином взаємопов'язані між собою. Психічні стани впливають на психічні процеси, будучи фоном їх протікання. У той же час вони виступають як “будівельний матеріал” для формування якостей особистості, передусім характерологічних.

Наприклад, стан зосередженості мобілізує процеси уваги, сприйняття, пам'яті, мислення, волі й емоцій людини. У свою чергу, цей стан, неодноразово повторюючись, може стати якістю особистості – зосередженістю.

Під впливом психічних станів, які виникають у ході життєвих відносин, конфліктних ситуацій, трудової діяльності можлива також перебудова або навіть зміна відносно стійких якостей особистості.

Психічні стани відрізняються крайнім різноманіттям і полярністю. Останнє поняття означає, що кожному психічному стану людини відповідає протилежний стан (упевненість – невпевненість, активність – пасивність, фрустрація – толерантність тощо).

### **Класифікація психічних станів**

Для вивчення і діагностики психічних станів велике значення має їх класифікація. Психічні стани людини можна класифікувати наступним чином:

- 1) залежно від ролі особистості і ситуації у виникненні психічних станів – особистісні і ситуативні;
- 2) залежно від домінуючих (провідних) компонентів (якщо такі чітко виступають) – інтелектуальні, вольові, емоційні тощо;
- 3) залежно від міри глибини – стани (більш або менш) глибокі або поверхневі;
- 4) залежно від часу протікання – короткочасні, затяжні, тривалі тощо;
- 5) залежно від впливу на особистість – позитивні і негативні, стенічні, що підвищують життєдіяльність, і астенічні;
- 6) залежно від міри усвідомлення – стани більш або менш усвідомлені;
- 7) залежно від причин, що їх викликають;



8) залежно від міри адекватності об'єктивної обстановки, що викликала їх.

### **Типові позитивні психічні стани людини**

Виникнення і протікання психічних станів людини залежать від її індивідуальних психічних і нейрофізіологічних якостей, попередніх психічних станів, життєвого досвіду (в тому числі професійного), віку, фізичного стану, конкретної ситуації тощо.

Однак можна виділити типові позитивні і негативні психічні стани, притаманні більшості людей як у повсякденному житті (любов, щастя, горе тощо), так і в професійній діяльності, особливо в діяльності, пов'язаній з екстремальними (крайніми, незвичайними) умовами. Сюди потрібно віднести психічні стани професійної придатності, усвідомлення значимості своєї професії, стан радості від успіхів у роботі, стан вольової активності тощо.

Творче натхнення. Різноманітність і творчий характер професійної діяльності роблять можливим виникнення у працівника психічних станів, близьких за своїм змістом і структурою до стану творчого натхнення, властивого вченим, письменникам, художникам, акторам, музикантам. Стан творчого натхнення – це складний комплекс інтелектуальних і емоційних компонентів. Він виражається в творчому підйомі; загостренні сприйняття; підвищенні здатності відтворення раніше закріпленого; зростанні потужності уяви; виникненні цілого ряду комбінацій оригінальних вражень; виявів великої кількості думок і легкості знаходження істотного; повній зосередженості і зростанні фізичної енергії, які приводять до дуже великої працездатності, до психічного стану радості творчості і нечутливості до втоми. Цей стан підготовлюється систематичною працею професіонала, його широкими знаннями і тривалими роздумами над конкретною справою.

Рішучість В багатьох професіях важливу роль відіграє рішучість як психічний стан готовності швидко прийняти рішення і виконати його. Однак рішучість – це в жодному разі не поспіх, квапливість, необдуманість, зайва самовпевненість. Необхідними умовами рішучості є широта мислення,

проникливість, мужність, великий життєвий і професійний досвід, знання, планомірність роботи. Поспішна ж “рішучість”, як і нерішучість, тобто психічний стан, що характеризується недоліком психологічної готовності прийняти рішення, що призводить до необгрунтованої відстрочки або невиконання дій, здатні викликати несприятливі наслідки і не раз приводили до життєвих, в тому числі і професійних, помилок.

Негативні психічні стани і їх попередження.

**Психічне напруження.** Поряд з позитивними (стенічними) станами у людини в процесі її життя (діяльності, спілкування) можуть виникати і негативні (астенічні) психічні стани. Наприклад, нерішучість як психічний стан може виникнути не тільки за відсутності у людини самостійності, упевненості в собі, але і у зв'язку з новизною, неясністю, заплутаністю тієї або іншої життєвої ситуації в екстремальних (крайніх) умовах. Такі умови призводять і до виникнення стану психічного напруження.

Можна і треба говорити про стан суто операційного (операторного, “ділового”) напруження, тобто напруження, яке виникає як результат складності діяльності (складність сенсорного розрізнення, що виконується, стан пильності, складність зорово-рухової координації, інтелектуальне навантаження тощо) і емоційного напруження, викликаного емоційними екстремальними умовами (роботою з людьми, в тому числі з хворими, правопорушниками тощо).

Необхідно також зазначити, що рішення складних розумових завдань взагалі неможливе без певного емоційного напруження. Емоційне напруження є необхідною умовою продуктивної інтелектуальної діяльності, тому що свідомій оцінці завжди передує емоційна, що виконує функцію попереднього відбору гіпотез. “Емоційне рішення” значно випереджає інтелектуальне рішення, виступаючи як емоційне передбачення знаходження основного принципу вирішення завдань. Виступаючи проти помилкових вербальних (словесних) оцінок, емоції можуть виконувати позитивну функцію “корекції” пошукової діяльності, що приводить до об'єктивно вірних результатів. Попереднє емоційне переживання ситуації дозволяє людині: а) відчутти, що діяльність, яку вона

виконує є “її діяльністю”; б) ніби дистанційно оцінювати умови протікання діяльності, що планується, тобто здійснювати так зване попереднє “емоційне планування”. Тут навіть негативні емоції можуть виконувати позитивну роль у зв’язку з тим, що відбувається взаємодія “інтелектуальних” (емоційна активізація, що є продуктом інтелектуального процесу) і “ситуативних” (емоційна активація, що породжується загальною ситуацією, в якій протікає інтелектуальний процес) емоцій.

**Стрес.** Але вплив екстремальних умов діяльності може привести до виникнення у людини специфічного стану нервово-психологічного напруження, який називається стресом (з англ. – напруження).

Поняття стресу в сучасній психології є багатозначним. Ним називається як ситуація цього стану, так і він сам. Цим терміном визначають як власне стресові явища, що виражаються в дезорганізації погодження аж до появи нервово-емоційного зриву, так деякі проміжні стани, які точніше було б вважати виявом психічного напруження (а його крайньою формою – стрес). Ось чому іноді описуються випадки, коли незначний стрес викликав прилив сил, активізацію діяльності, мобілізацію всіх сил людини. Родоначальник теорії стресу Г. Сельє у своїх останніх роботах взагалі поділяв стреси на “хороші” (евстрес) і “погані” (дистрес).

Не вдаючись у теоретичні і термінологічні питання, при подальшому викладі під стресом буде розумітися тільки негативний психологічний стан, який погіршує протікання діяльності, тобто те, що в літературі означає дистрес або емоційний стрес. Таким чином, стресом треба вважати тільки таке емоційне напруження, яке в тій або іншій мірі погіршує протікання життєдіяльності, знижує працездатність людини і її надійність в роботі.

Відносно стресу у людини не виникає цілеспрямованих і адекватних реакцій. У цьому полягає основна відмінність стресу від напруженого і важкого завдання, на яке (незалежно від його тягаря) людина, що виконує його, реагує адекватно.

У стані стресу виникають ускладнення у здійсненні функцій, пов’язаних зі

спрямованістю мислення на вирішення певних завдань. Це відбувається у зв'язку з тим, що стрес виступає як чинник, що руйнує попереднє “емоційне планування”, а в кінцевому результаті і всю схему майбутньої діяльності або спілкування. При сильному стресі виникає загальна реакція збудження, і поведінка людини стає (більшою або меншою мірою) дезорганізованою, рівень виконання різко падає. Ще більше посилення стресу призводить до загального гальмування, пасивності, бездіяльності.

Неможливо виділити групу емоціогенних, екстремальних чинників, які завжди і для всіх людей виступали б як “стресори”, тобто завжди б спричиняли стан стресу. Як правило, стресорами виступають емоційно-негативні подразники (наприклад, невдачі в діяльності і спілкуванні, страх критики або прийняття відповідального рішення, “цейтнот”, перевантаження інформацією тощо). Але не виключені випадки, наприклад, приїзд близької людини, що певною мірою дозволяє говорити про емоційні стреси, адекватні і не адекватні об'єктивній обстановці, що викликала їх.

Міра стресовості реакцій людини залежить не тільки від сили і тривалості зовнішнього емоціогенного впливу (стресора), але і від сили нервової системи, від багатьох якостей її особистості, від минулого досвіду, тренуваності тощо. Стрес – це передусім емоційний стан. Але з тісним зв'язком емоцій з інтелектуальною діяльністю можна говорити про “інтелектуальний стрес”, “інтелектуальну фрустрацію” і навіть “інтелектуальну агресію”. Після стресу, як і після інших сильних емоційних переживань, згідно з психоаналітичною концепцією, у людини настає катарсис (очищення) як душевне полегшення.

**Неспокій – тривога** Стан стресу у людини нерідко може супроводжуватися таким складним психічним станом, як неспокій, тривога, тривожність.

**Тривожність** – це психологічний стан, який викликається можливими або вірогідними прикροщами, несподіванкою, змінами в звичній обстановці і діяльності, затримкою приємного, бажаного і виражається у специфічних переживаннях (побоювання, хвилювання, порушення спокою та інші), реакціях. За переважаючим компонентом тривожність може бути прирахована до

емоційних станів. Але цей стан відіграє велику роль і у процесі мотивації людської поведінки, в певних випадках прямо виступаючи як мотив. Умовами, що викликають неспокій – тривогу (“порушники спокою”) будуть, наприклад, несподівані зміни в обстановці діяльності; невдачі і помилки; можливість різних прикросців, зумовлених специфікою діяльності або спілкування; очікування (іноді тривале) певного результату тощо. Як показують дані багатьох досліджень, “тривожні” випробувані перевершують “нетривожних” в рішенні простих завдань, але відстають у рішенні складних.

Чи виходить зі сказаного, що стан тривожності завжди перешкоджає успішній діяльності? Такий висновок був би поспішним. Все тут буде залежати, з одного боку, від конкретного змісту, глибини і тривалості стану тривожності, а з іншого – від адекватності цього стану подразникам, від наявності або відсутності самоконтролю, від форм реакції і міри “в’язкості” даного стану. Так, тривожність буде позитивним психічним станом, якщо вона викликається у людини через те, що вона близько до серця сприймає долі інших людей, діло, якому служить. Без подібного стану взагалі неможливе успішне здійснення багатьох видів професійної діяльності і спілкування, і вказана тривожність повинна бути не тільки тривалим психічним станом людини, але і рисою її особистості, властивістю її характеру.

“М’які” форми тривожності служать людині сигналами до усунення недоліків, що є в роботі, до виховання рішучості, сміливості, упевненості у власних силах. Якщо ж тривожність виникає з нікчемних причин, не адекватна об’єктам і ситуації, що її викликали, приймає форми, що свідчать про втрату самоконтролю, є тривалою, “в’язкою”, погано позбавлюється, то такий стан, безумовно, негативно впливає на здійснення діяльності і спілкування.

**Фрустрація.** Труднощі і можливі невдачі в життєдіяльності за певних умов можуть призвести до виникнення у людини не тільки психічних станів стресу і тривожності, але і стану фрустрації. Буквально цей термін означає переживання розладу (планів), знищення (задумів), краху (надій), марні очікування, переживання невдачі. Однак фрустрація повинна розглядатися в контексті

витривалості в життєвих труднощах і реакціях на ці труднощі.

Стосовно людини фрустрацію в найзагальнішому вигляді можна визначити як складний емоційно-мотиваційний стан, що виражається в дезорганізації свідомості, діяльності і спілкування і виникає внаслідок тривалого блокування цілеспрямованої поведінки об'єктивно непереборними або суб'єктивно представленими труднощами.

Фрустрація виявляється тоді, коли особисто значимий мотив залишається незадоволеним або його задоволення гальмується, а почуття незадоволення, що виникло при цьому, досягає міри вираженості, що перевищує “поріг терпимості” конкретної людини і виявляє тенденцію до стабілізації.

Можна виділити стани, типові реакції, що з'являються у людей при впливі фрустраторів, тобто перешкод, подразників, ситуацій, що викликають фрустрацію. Типовими реакціями на вплив фрустраторів є агресія, фіксація, відступ і заміщення, аутизм, регресія, депресія та інші.

Агресію при фрустрації розуміють у широкому значенні, відносячи сюди не тільки прямий напад, але і загрозу, ворожість, задиркуватість, озлобленість тощо. Вона може бути спрямована не тільки на осіб, винних у створенні “бар'єру”, але і на всіх навколишніх або навіть на неживі предмети, на яких у даних випадках “зривається зло”. Нарешті, можливе перенесення агресії на самого себе (“автоагресія”), коли людина починає “батожити себе”, нерідко при цьому приписуючи собі неіснуючі недоліки або сильно їх перебільшуючи.

Необхідно зазначити, що, з одного боку, не кожна агресія як психічний стан провокується фрустраторами, а з іншого – фрустрація часто не супроводиться агресією, а виливається в інші стани і реакції. Так, фрустрація виступає у формі депресії, коли людина, в зв'язку з блокуванням її цілеспрямованої поведінки, ніби йде в “себе” і стає байдужою до зовнішніх подразників. Фрустрація розуміється у двох планах: як продовження колишньої діяльності через інерцію, коли вона, будучи блокованою, стає некорисною або навіть небезпечною (стереотипність діяльності і рухів); і як свого роду прикованість до фрустратора, який поглинає всю увагу (стереотипність сприйняття і мислення). Дія фрустраторів може

приводити і до того, що людина підмінює діяльність, що виявилася блокованою, іншою, яка для неї більш доступна або представляється такою.

Якщо у людини часто повторюються фрустрації, то її особистість може набути деформаційних рис, таких як: агресивність, заздрісність, озлобленість (при фрустраціях у формі агресії) або втрата ділового оптимізму і нерішучість (при “автоагресії”), млявість, байдужість, безініціативність (при депресії); персеверативність, ригідність (при фіксації) тощо. Частковий же вихід зі стану фрустрації шляхом зміни діяльності приводить до втрати наполегливості, працьовитості, посидючості, організованості, цілеспрямованості.

**Персеверація і ригідність.** Деякі автори, особливо зарубіжні (Г. Айзенк, Р. Кеттелл та інші), часто об’єднують ці стани, і в них дійсно багато спільного. Однак персеверація – пасивний стан, який виникає через інерцію, нав’язливий, стереотипний, в’язкий; ригідність – більш активний стан, що характеризується опором змінам, близький до упертості.

Ригідність – більш особистісний стан, ніж персеверація, показує відношення або установку людини до змін. Кажучи про шкоду персеверації і ригідності для людини, насамперед, для її мислення, необхідно враховувати, що як надто ригідні, так і надто неригідні (пластичні) люди мають свої труднощі в інтелектуальній діяльності: перші через інертність, “застійність”, другі – внаслідок такої “рухливості”, яка заважає зберегти необхідні для роботи думки, базисні пункти.

Найважливішими чинниками, що запобігають виникненню негативних психічних станів у людини, є формування і розвиток у неї почуття обов’язку і відповідальності, самоконтролю, мужності, наполегливості, самокритичності, інтелектуальної активності й інших позитивних етичних, характерологічних, інтелектуальних і психофізіологічних якостей, а також оволодіння методами психічної саморегуляції (аутогенне тренування тощо).

**Специфічні стани психіки людини** У цьому розділі будуть розглянуті психічні стани людини, що мають певну специфіку. З одного боку, це нормальні стани, наприклад, сон-бадьорість, а з іншого – стани, що знаходяться між

психічною нормою і патологією, наприклад, стан дисфорії. Однак потрібно враховувати, що саме поняття психічної норми (“психіка в нормі”) вельми умовне і не має чітко позначених критеріїв.

**Бадьорість – сон** Традиційно сучасні психологи виділяють два періодичні стани психіки (передусім свідомості), властиві всім людям: бадьорість – стан, що характеризується активною взаємодією людини із зовнішнім світом, і сон – стан, що розглядається передусім як період відпочинку.

Залежно від комплексу вегетативних, моторних і електроенцефалографічних показників виділяють рівні бадьорості: крайній рівень напруження, активна бадьорість, спокійна бадьорість.

Сон відноситься до так званих змінених станів свідомості, що повністю відрізають людину від фізичного і соціального оточення. Розрізняють дві основні фази сну, що чергуються: “повільний” (“повільно - хвильовий”) сон і “швидкий” (“парадоксальний”) сон. У фазі “повільного” сну на останній його стадії (глибокого сну) можливе виникнення сомнамбулізму (сноходіння, “лунатизм”) – стану, пов’язаного з поведінкою, що не усвідомлюється, здійснюється при переході від сну до гіпнозоподібного стану, а також сногворіння і нічні жахи у дітей, про які вони не пам’ятають після пробудження. Після “швидкого” сну індивід, як правило, згадує про сновидіння (уявлення, що суб’єктивно переживаються, передусім зорові, які виникають на даній фазі сну), що містять компоненти фантастичності, нереальності. На “швидкий” сон відводиться 20% всього періоду сну.

**Медитації і гіпноз** Під медитацією в сучасній психології розуміються два явища: по-перше, змінений, за бажанням індивіда, особливий стан свідомості, пов’язаний зі сповільненням діяльності мозку шляхом концентрації уваги на будь-якому об’єкті або думці, а по-друге – техніка досягнення такого стану. У стані медитації суб’єкт отримує реальне задоволення, передусім через настання релаксації (зменшення напруження, розслаблення, зняття стресу). Можливе настання і того, що у буддистів називається нірваною, стану вищої безтурботності, спокою, злиття душі з Всесвітом.



**Навіювання** – процес впливу на психіку людини, пов'язаний зі зниженням усвідомленості і критичності при сприйнятті і реалізації змісту, що вселяється, з відсутністю активного і цілеспрямованого його розуміння, розгорненого логічного аналізу й оцінки у співвідношенні з минулим досвідом і даним станом суб'єкта. Навіювання може бути прямим (імперативним) і непрямим, навмисним і ненавмисним, отриманим в безсонному стані, в гіпнотичному стані, у природному сні, в постгіпнотичному стані. У гіпнотичному стані виявляється багато загального зі сном і медитацією, бо і він досягається шляхом зменшення притоку сигналів до мозку. Зовні дії загіпнотизованого можуть створити враження його відмови від власного здорового глузду. Однак, як відмічає ряд дослідників (К.І. Платонов, Д.Н. Узнадзе та інші), при відсутності у випробуваного абулії (патологічного безвілля) ніколи не можна добитися, щоб він під гіпнозом здійснив дію або бездіяльність, яку він не схвалив би в нормальному стані, яка суперечила б загальній течії його волі, спрямованості його особистості. Гіпнотичний стан часто буває пов'язаний з підвищенням творчого потенціалу людини.

**Біль і аналгезія** Бодем називається психічний стан, який виникає як результат зверхсильних або руйнівних впливів на організм при загрозі його цілісності або існування взагалі. Больові відчуття носять гнітючий, обтяжливий характер, характер страждання. Але вони є стимулом для оборонних реакцій, направлених на усунення зовнішніх або внутрішніх подразників, що їх обумовили. Біль – симптом порушення нормальної течії фізіологічних процесів, і тому він має дуже велике клінічне значення.

Больові відчуття значною мірою піддаються нейтралізації з боку вищих психічних утворень, що залежать від спрямованості особистості, її переконань, ціннісної орієнтації тощо, про що свідчать численні приклади мужності, уміння, відчуваючи біль, не піддаватися йому, а діяти, керуючись глибоко етичними мотивами. Зниження або повне усунення чутливості до болю називається аналгезією. Вона досягається за допомогою анальгетиків (речовин, які переважають больові відчуття або знижують чутливість до болю), шляхом

концентрації уваги на об'єктах, не пов'язаних з джерелом больового впливу (музика, білий шум тощо), за допомогою навіювання, самонавіювання, гіпнозу, а також методами загального або точкового масажу, впливом холоду або тепла на певні частини тіла.

## Глосарій

**Тривожність** – це психологічний стан, який викликається можливими або вірогідними прикροщами, несподіванкою, змінами в звичній обстановці і діяльності, затримкою приємного, бажаного і виражається у специфічних переживаннях (побоювання, хвилювання, порушення спокою та інші), реакціях.

**Ейфорія** – психічний стан, що виявляється в підвищеному, радісному, веселому настрої, цей стан добросердя, безтурботності, що не відповідає об'єктивним обставинам. При ейфорії спостерігається мімічне і пантомімічне похвалювання, психомоторне збудження.

**Дисфорія** – протилежний ейфорії психічний стан, що виявляється у зниженому настрої з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до поведінки оточуючих, зі схильністю до агресії. Але в рідких випадках дисфорія може виявлятися і в підвищеному, і навіть екзальтованому настрої з агресивністю, дратівливістю, напруженістю.

**Дисфорія** найбільш характерна при органічних захворюваннях головного мозку, епілепсії, при деяких формах психопатій. Тому дисфорія – це, як правило, патологічний стан, і його аналіз, як і аналіз абстиненції, марення, галюцинацій, іпохондрії, істерії, нав'язливих і реактивних станів, трансу, виходить за рамки чистої загальної психології.

**Дидактогенія** може бути причиною неврозів – найбільш поширених нервово-психічних розладів, психогенних за своєю природою, в основі яких лежить непродуктивна і нераціональна суперечність між особистістю і значимими для неї сторонами дійсності, що супроводжується виникненням невдачі, хворобливо переживається, незадоволенням потреб, недосягненням життєвих

цілей, непоправності втрати тощо.

**Ятрогенія** (навіяна хвороба) – негативний психічний стан, який виникає внаслідок ненавмисного навіяного впливу лікаря на пацієнта (наприклад, при необережному коментуванні особливостей його хвороби), яке сприяє виникненню неврозів.

**Навіювання** – процес впливу на психіку людини, пов'язаний зі зниженням усвідомленості і критичності при сприйнятті і реалізації змісту, що вселяється, з відсутністю активного і цілеспрямованого його розуміння, розгорненого логічного аналізу й оцінки у співвідношенні з минулим досвідом і даним станом суб'єкта.

#### **Тести для перевірки знань.**

1. Сукупність поведінкових, мотиваційних і пізнавальних особливостей психічної діяльності хворих, виражених в психологічних поняттях називають:

- а) психопатологічним симптомом
- б) психопатологічним синдромом
- в) патопсихологічним синдромом
- г) патопсихологічним симптомом
- д) патопсихологічним феноменом

2. Емоційно-вольові розлади, порушення структури і ієрархії мотивів, неадекватність самооцінки і рівня домагань, порушення мислення у вигляді «відносного афектного недоумства», порушення прогнозування і опори на минулий досвід входять в структуру:

- а) шизофренічного симптомокомплекса
- б) невротичного симптомокомплекса
- в) психопатичного симптомокомплекса
- г) органічного симптомокомплекса
- д) олігофренічного симптомокомплекса

3. Опора в мисленні на латентні ознаки, виявлена при проведенні методики «пиктограми» вказує на наявність:

- а) шизофренічного симптомокомплекса
- б) невротичного симптомокомплекса
- в) психопатичного симптомокомплекса
- г) органічного симптомокомплекса
- д) олігофренічного симптомокомплекса

4. Методика Люшера використовується для оцінки:

- а) ступеня мнестичних порушень
- б) вираженості інтелектуального розвитку
- в) розумових особливостей
- г) ясності свідомості
- д) емоційних переживань

5. Багатопрофільний опитувальник ММРІ дозволяє виявити:

- а) нейропсихологічні симптоми
- б) патопсихологічні феномени
- в) особистісний профіль
- г) властивості темпераменту

- д) інтелектуальні здібності
6. Оцінка афективної ригідності за даними ММРІ проводиться за:
- 1 шкалою
  - 3 шкалою
  - 5 шкалою
  - 6 шкалою
  - 9 шкалою
7. Оцінка ефективності психологічних способів впливу на людину включає все з нижче перерахованих критеріїв за винятком одного:
- критерій ступеня симптоматичного поліпшення
  - критерій ступеня усвідомлення психологічних механізмів хвороби
  - критерій ступеня зміни порушених стосунків особистості
  - критерій ступеня поліпшення партнерських (сексуальних) відносин
  - критерій ступеня поліпшення соціального функціонування
8. Аналіз візуального контакту в процесі клінічного інтерв'ювання дозволяє оцінити:
- рівень інтелекту
  - індивідуально-психологічні особливості
  - стан свідомості
  - особливості вольової діяльності
  - нейропсихологічні особливості
9. Індивідуальне цілісне психічне переживання в процесі діагностики психічних розладів називається:
- симптомом
  - синдромом
  - феноменом
  - симптомокомплексом
  - казусом
10. Для переконливої діагностики психопатологічних симптомів принципово важливими є закони:
- фізичні
  - біологічні
  - фізіологічні
  - астрологічні
  - логічні
11. Феноменологічний підхід до діагностичного процесу використовує принципи:
- пояснюючої психології
  - розуміючої психології
  - психіатрії
  - патопсихології
  - психопатології
12. До поняття «нозос» на відміну від «патос» відносяться всі за винятком одного:
- стійкі психопатологічні стани
  - психопатологічні психічні процеси
  - психопатологічні симптоми і синдроми з внутрішньою закономірністю симптомоутворення
  - психопатологічні розлади, що мають етіопатогенетичні механізми
  - психічні захворювання
13. Психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності зазвичай до асоціальної поведінки і грубим порушенням критики називається:
- неврозом
  - психозом
  - деменцією
  - олігофренією
  - психопатією
14. Одним з найбільш значущих діагностичних критеріїв відмежування психотичних від непсихотичних психічних розладів є критерій:
- тривалості розладів
  - суб'єктивної тяжкості розладів

- в) некритичності до розладів
- г) зв'язку розладів з індивідуально-психологічними особливостями
- д) резистентності розладів до терапії

15. Психічні реакції, стани і розвиток, що викликані спадково-конституційними причинами, відносяться до одного з наступних типів психічного реагування:

- а) екзогенного
- б) ендогенного
- в) психогенного
- г) особистісного
- д) змішаного

16. Істеричні і іпохондричні неспсихотичні симптоми є ознаками одного з наступних типів психічного реагування:

- а) екзогенного
- б) ендогенного
- в) психогенного
- г) особистісного
- д) змішаного

17. Тривале і незворотне порушення будь-якої психічної функції, загального розвитку психічних здібностей або характерного образу мислення, відчуття і поведінки, що становить окрему особистість називається:

- а) маразмом
- б) олігофренією
- в) дефектом
- г) деменцією
- д) деградацією особи

18. Стан повного або часткового відшкодування (заміщення) порушених у зв'язку з хворобою психічних функцій називається:

- а) адаптацією
- б) компенсацією
- в) гіперкомпенсацією
- г) кооперацією
- д) атрибуцією

19. Поява у індивіда таких особливостей поведінки, як придуркуватість, безглуздість, імпульсивність у поєднанні з нецілеспрямованістю поведінки називається:

- а) істерією
- б) гебефренією
- в) іпохондрією
- г) демонстративністю
- д) кататонією

20. Особливо виражені емоційні стани людини, що супроводяться істотними змінами в поведінці називають:

- а) стресами
- б) фрустраціями
- в) відчуттями
- г) афектами
- д) психічними травмами

## **Практичні заняття**

### **Тема 5. Клінічна діагностика особистості**

Питання до заняття.

1. Проблеми діагностики особистості.
2. Класифікація методів дослідження особистості (Блейхер В.М., Бурлачук

- Л.Ф.). Загальна характеристика.
3. Особистісні опитувальники як метод дослідження особистості в клінічній психодіагностиці.
  4. Проективні методики в контексті роботи клінічного психолога.

### *Завдання для самостійної роботи*

1. Історія створення ММРІ.
2. Дати змістовний аналіз шкал методик ММРІ, опитувальника Шмішека, ПДО, „ЛОБИ”, Гіссенського опитувальника соматичних скарг, вказати можливі психодіагностичні ситуації, в яких доцільним є використання даного інструментарію.
3. Розкрити проблеми використання особистісних опитувальників.
4. Проаналізувати діагностичні можливості проективних методик.

### *Тематики рефератів*

1. Напрями дослідження особистості в клінічній психодіагностиці.
2. Експресивні методики та їх можливості використання в роботі клінічного психолога.
3. Проективне використання кольору в клінічній психодіагностиці.
4. Клінічне застосування Тематичного Апперцептивного тесту.
5. Діагностичні можливості особистісних опитувальників в клінічній психодіагностиці.
6. Клінічна психодіагностика соматичних хворих.

## **Тема 6. Клінічна діагностика психічних захворювань.**

### Питання до заняття.

1. Клінічна діагностика шизофренії: діагностичні ознаки. Патопсихологічне дослідження пізнавальних процесів, емоційної та особистісної сфери.
2. Діагностика маніакально-депресивного психозу (МДП).

3. Епілепсія: діагностичні ознаки.
4. Діагностичні ознаки закритої черепно-мозкової травми.
5. Психологічна діагностика алкоголізму.
6. Олігофренія. Патопсихологічна діагностика дебільності.
7. Клінічна діагностика межових нервово-психічних розладів (неврозів, психопатій, психічних порушень при соматичній патології).

### *Завдання для самостійної роботи*

1. Дати змістовний аналіз порушень пізнавальної сфери, які є характерними для МДП. Обґрунтувати використання психодігностичного інструментарію.
2. Проаналізувати можливість застосування проєктивних методик при дослідженні хворих на шизофренію (методика Роршаха, ТАТ)
3. Охарактеризувати роль невербальних методик в діагностиці дебільності.
4. Описати характерні зміни пізнавальних процесів та особистісних особливостей при алкоголізмі та обґрунтувати методики дослідження.
5. Діагностика психічних порушень при соматичній патології.
6. Сформулювати основні завдання клінічної діагностики соматичних хворих.

### Рекомендована література з дисципліни «Клінічна психодіагностика»

#### Базова

1. Ассанович М. А. Клиническая психодиагностика: учебное пособие / М. А. Ассанович – Минск : Беларусь, 2012. – 343 с.
2. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) /Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова. - М.: «Фолиум», 1994. – 175 с.
3. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЕК», 2006. – 624 с.

4. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / Блейхер В. М., Крук И. В.— К.: Здоров'я, 1986 —280 с.
5. Бурлачук Л.Ф. Исследования личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха) / Л.Ф. Бурлачук. – Киев: Вища школа, 1978.
6. Бурлачук Л.Ф. Методика Роршаха. Короткий посібник / Л.Ф. Бурлачук. – К.:Видавництво «ОС Україна», 2008. – 88 с.
7. Выбойщик И.В. Личностный многофакторный опросник Р. Кэттелла / И. В. Выбойщик, З.А. Шакуров. – Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 2000. – 54 с..
8. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / Д.А. Леонтьев. – М.: Издательство Московского университета, 1989, С.48—52.
9. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000. — 254 с.
10. Менделевич Д. М. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / Д. М. Менделевич - М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
11. Мюррей Генрі О. Тематичної апперцепції тест / під редакцією Л. Бурлачука. – ОС Україна, Київ, 2009. – 32 с.
12. Собчик Л.Н., Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРІ) Практическое руководство / Л.Н. Собчик. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
13. Ташева А. И. Методические рекомендации к методике Р. Кеттелла (16 PF) форма А. – М., 1990.
14. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр / П.В. Яньшин. — СПб.: Речь, 2007.

#### Допоміжна

1. Анастаси А. Психологическое тестирование /А. Анастаси, С. Урбина; [Пер. с англ.]. – СПб.: Питер, 2001.
2. Ассанович М.А. Тест Роршаха на основе адаптированной интегративной системы Экснера: теоретические и прикладные аспекты / М.А. Ассанович // Журнал практической психологии и психоанализа (Журнал электронных



публикаций). – 2002– №4.

3. Батаршев А. В. Диагностика пограничных психических расстройств личности и поведения. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. - 320 с.

4. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие / Рогов Е.И.. – М.: ВЛАДОС, 1996.

5. Соколова Е. Т. Психологическое исследование личности: проективные методики / Е. Т. Соколова. — М., ТЕИС, 2002. — 150 с.

### **Завдання при підготовці до практичних занять.**

Самостійна робота з курсу «клінічна психодіагностика» повинна відображати результати індивідуальної діагностики, яку проводив студент на одному чи різних досліджуваних.

Робота повинна мати наступні структурні одиниці:

1. Титульний аркуш
  2. Загальну інформацію про досліджуваного (досліджуваних): вік, стать, професія, хобі, дату проведення тестування, у разі необхідності запит на діагностику.
  3. Числові показники (представлені у вигляді графіків та таблиць).
  4. Психодіагностичне заключення з кожної методики. У разі, якщо у дослідженні брав участь один досліджуваний, то робота повинна мати загальні висновки.
- В роботі повинні бути використані: клінічна бесіда; дослідження психічних процесів (можна одного, але детально); шістнадцять особистісних факторів Кеттелла, «СМИЛ», тест Роршаха, ТАТ, самооцінка (див. Дембо-Рубінштейн), дослідження депресії та тривожності (будь-яка шкала із розглянутих на семінарі).
5. Робочі протоколи дослідження.